



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Hudkræftdatabasen

NMSC Årsrapport 2024/2025 (1.juli 2024-30. juni 2025)

Offentliggjort 15. januar 2026

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger

Denne årsrapport vurderer kvaliteten af behandling af patienter med basocellulært karcinom (BCC), planocellulært karcinom (SCC), morbus (mb.) Bowen og keratoakantomer i dermatologisk speciallægepraksis på baggrund af én procesindikator (kontrol) og to resultatsindikatorer (recidiv og komplikationer). Formålet er at undersøge, om de fastlagte udviklingsmål nås, og om der er klinisk betydningsfuld variation i behandlingskvaliteten mellem landets regioner.

Årsrapporten omfatter desuden for første gang kvalitetsindikatorer for plastikkirurgisk behandling på hospitalerne, baseret på to procesindikatorer (omhandlende behandling) og tre resultatsindikatorer (omhandlende behandlingsresultat og komplikationer), der belyser (1) kvalitetsniveauet og (2) om der er klinisk betydningsfuld variation i behandlingskvaliteten i behandlingen af hudkræft på danske plastikkirurgiske hospitalsafdelinger. Udviklingsmål for indikatorerne forventes fastsat inden næste årsrapport.

Implementeringen af ICD-11 har væsentligt forbedret datagrundlaget fra dermatologisk speciallægepraksis siden årsrapport 2021/2022 ved at muliggøre en mere fuldstændig opgørelse af højrisiko-BCC og markant bedret forståelse for arbejdet med hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis. Årsrapporten viser at 1,8% af alle BCC'er er højrisikotumorer defineret i henhold til Dansk Dermatologisk Selskabs guidelines. Af de højrisikotumorer, der behandles i dermatologisk speciallægepraksis, er 94% recidivfri halvandet år efter. Lidt over halvdelen af højrisiko BCC'er videregives fra dermatologisk speciallægepraksis til andre specialer, hyppigst plastikkirurgi, og onkologi.

Den fortsatte udvikling af kvalitetsrapporter (fuldt implementeret januar 2023) og realtime data for de enkelte har yderligere styrket datakvaliteten for dermatologisk speciallægepraksis i Hudkræftdatabasen. Realtime data muliggør, at de enkelte klinikker kan trække opdaterede oplysninger om patienter/tumorer med manglende registreringer og opfølgende kontrol, hvilket kan facilitere forbedret afrapportering af indikatorer og kvalitetskontrol. Den overordnede dækningsgrad er således steget fra 78 % i årsrapport 2022/23, til 82 % i 2023/24, og til 85 % i aktuelle årsrapport. Data antages repræsentative for hele den dermatologiske speciallægepraksis selvom et fåtal klinikker slet eller næsten ikke indrapporterer data.

Forekomsten af hudkræft (både antal patienter og tumorer) i dermatologisk speciallægepraksis stiger fortsat voldsomt, med én 8 % stigning det seneste år og 150 % over 10 år, hvilket afspejler et betydeligt pres på sundhedsvæsenet. Curettage er fortsat den mest brugte behandlingsmodalitet i dermatologisk speciallægepraksis og er forbundet med lav recidivrate. Proceduren giver effektiv ressourceudnyttelse da det ofte kan udføres samme dag som diagnosticering, hvilket er vigtigt taget den voldsomme stigning i forekomst af hudkræft i betragtning. Stratificeringen i høj- og lavrisiko tumorer viser hensigtsmæssig visitation, herunder at 59% alle højrisiko-BCC videregives til behandling, fortrinsvis plastikkirurgisk regi.

Der observeres fortsat betydelige geografiske forskelle i både incidens og behandlingsvalg i dermatologisk speciallægepraksis. Region Nordjylland har det højeste antal registrerede patienter pr. indbygger, selv efter justering for dækningsgrad. Der ses desuden langt lavere excisionsfrekvens og hyppigere viderehenvinding (til f.eks. plastikkirurgisk behandling) i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Mulige forklaringer kunne være strukturelle forskelle i sundhedsvæsenets organisering på tværs af regionerne, herunder tilgængeligheden til andre specialer.

Det er en fornøjelse, at de seneste års arbejde med optimering af Hudkræftdatabasen allerede har sikret data, der kan forbedre kvaliteten i behandlingen af hudkræft i Danmark, eksempelvis har læger i dermatologisk speciallægepraksis mulighed for at følge deres patienter (og tumorer) over tid og hele tiden se real-time data for, hvem de mangler at indtaste i databasen. Datasættets forbedringer har desuden inspireret styregruppen til fremadrettet at se på ændringer i indikatorsættet, så eksempelvis forskelle mellem høj- og lavrisiko karcinomer kan følges og analyseres yderligere.

I årsrapport for 2023/2024 var der for første gang deskriptive opgørelser for patientforløb for hudkræft på henholdsvis plastikkirurgiske og onkologiske hospitalsafdelinger i Danmark. For plastikkirurgisk hospitalsbehandling repræsenterer årets rapport en milepæl ved introduktionen af de første egentlige kvalitetsindikatorer. Dette udgør et centralt skridt mod databasens grundlæggende mål om at hele behandlingsforløbet for patienter med keratinocytcarcinomer i og på tværs af alle sektorer og involverede specialer. Kvalitetsindikatorer for behandlingen ved praktiserende plastikkirurger og i onkologiske regi forventes udviklet inden næste årsrapport, hvilket vil muliggøre en samlet og sammenhængende kvalitetsvurdering af hudkræftbehandling i Danmark.

På vegne af Styregruppen for Hudkræftdatabasen, januar 2026.

Anna Lamberg og Henrik Sølvsten

1.1 Oversigt over alle indikatorerne i dermatologisk speciallægepraksis

I oversigtstabellerne ses hhv. indikatorer og supplerende indikatorer, der indgår i hudkræftdatabasen, som måler på kvaliteten af dermatologisk speciallægepraksis i Danmark.

Tabel 1a: Oversigt over indikatorer

Indikator	Type	Format	Udviklingsmål	ID
Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder	Proces	Andel	≥ 85 %	NMSC_20_001
Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 95 %	NMSC_31_001
Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko	Resultat	Andel		NMSC_34_001
Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko	Resultat	Andel		NMSC_35_001
Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 98 %	NMSC_32_001
Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkel curettage eller dobbelt curettage	Resultat	Andel		NMSC_36_001
Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision	Resultat	Andel		NMSC_37_001
Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 95 %	NMSC_33_001
Indikator 4: Andelen af patienter, hvor der efter behandling er udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion	Resultat	Andel	≤ 2 %	NMSC_41_001

Tabel 1b: Oversigt over supplerende indikatorer

Indikator	Type	Format	Udviklingsmål	ID
Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 90 %	NMSC_11_001
Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 98 %	NMSC_12_001
Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 98 %	NMSC_13_001

1.2 Oversigt over alle indikatorerne for plastikkirurgisk behandling på hospitalerne

I oversigtstabellerne ses indikatorer, der indgår i hudkræftdatabasen, som måler på kvaliteten af plastikkirurgisk behandling på hospitalerne i Danmark.

*Privathospitaler med under 50 henviste patienter med hudkræft årligt indgår ikke i indikatorerne.

Tabel 1a: Oversigt over indikatorer

Indikator	Type	Format	Udviklingsmål	ID
Indikator 1: Andelen af modtagne patienter, som får foretaget excision	Proces	Andel		NMSC_101_01
Indikator 2: Andelen af excisioner uden lapplastik el. transplantat el. peroperativ histologisk undersøgelse el. generel anæstesi	Proces	Andel		NMSC_102_01
Indikator 3: Andelen af excisioner med frie resektionsrande	Resultat	Andel		NMSC_103_01
Indikator 4: Andelen af patienter, hvor der efter operation er udstedt recept på antibiotika med indikation på hudinfektion	Resultat	Andel		NMSC_104_01
Indikator 5: Andelen af patienter med mere end to kontakter indenfor to mdr. efter operation	Resultat	Andel		NMSC_105_01

2.1 Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater for dermatologisk speciallægepraksis

I oversigtstabellerne ses indikatorresultater for hhv. indikatorer og supplerende indikatorer for dermatologisk speciallægepraksis. Der ses indikatorantal for nuværende årsrapport og de to forrige årsrapporter til sammenligning.

Tabel 2a: Oversigt over indikatorresultater

Indikator	Uoplyst		Indikatoropfyldelse		
	Udviklingsmål	%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23	2021/22
Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder	≥ 85		62,2 (61,5-62,8)	62,4	62,7
Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	≥ 95		98,1 (97,9-98,3)	98,0	97,7
Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko			98,1 (97,9-98,3)	98,1	97,8
Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko			96,3 (91,6-98,8)	93,3	93,1
Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	≥ 98		97,7 (96,0-98,7)	97,7	97,9
Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkel curettage eller dobbelt curettage			96,7 (94,2-98,4)	96,8	96,5
Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision			98,9 (96,0-99,9)	99,0	100,0
Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling	≥ 95		96,7 (95,7-97,5)	96,8	97,5
			01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24	2022/23
Indikator 4: Andelen af patienter, hvor der efter behandling er udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion	≤ 2	0	2,0 (1,8-2,2)	2,2	2,1

Tabel 2b: Oversigt over resultater for supplerende indikatorer

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24	2022/23
Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	≥ 90	7	96,7 (96,5-96,9)	96,3	96,1
Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	≥ 98	7	99,6 (99,2-99,8)	99,9	99,8
Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres	≥ 98	11	99,5 (98,5-99,9)	99,7	99,6

2.2 Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater for plastikkirurgisk behandling på hospitalerne

I oversigtstabellerne ses indikatorresultater for hhv. indikatorer for plastikkirurgisk behandling på hospitalerne. Der ses indikatortotal for nuværende årsrapport og de to forrige årsrapporter til sammenligning.

Oversigt over indikatorresultater

Indikator	Uoplyst		Indikatoropfyldelse
	Udviklingsmål	%	Andel (95% CI)
			01.07.2024 - 30.06.2025
Indikator 1: Andelen af modtagne patienter, som får foretaget excision			89,3 (88,7-89,9)
Indikator 2: Andelen af excisioner med lapplastik el. transplantat el. peroperativ histologisk undersøgelse el. generel anæstesi			31,9 (31,1-32,8)
Indikator 3: Andelen af excisioner med frie resektionsrande		17	85,9 (85,2-86,6)
Indikator 4: Andelen af patienter, hvor der efter operation er udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion		0	12,5 (11,9-13,1)
Indikator 5: Andelen af patienter med mere end to kontakter indenfor to mdr. efter operation			14,2 (13,5-14,9)

3. Læsevejledning for resultater af indikatorer og supplerende indikatorer

Tabellerne i rapporten omfatter indikatorresultater for landsgennemsnittet og de enkelte regioner. Figurerne supplerer tabellerne med en visuel præsentation af forskelle i indikatoropfyldelse mellem enheder.

Udviklingsmål: For indikatorer fastsættes der udviklingsmål dvs. det niveau, der stræbes for at opnå. For nogle indikatorer er der endnu ikke fastsat et udviklingsmål. Når der er fastsat et udviklingsmål er der i indikatortabellerne angivet, om indikatorværdien når udviklingsmålet eller ej. "Ja" indikerer, at indikatorværdien når udviklingsmålet. "Nej" indikerer, at indikatorværdien ikke når udviklingsmålet, uanset om udviklingsmålet er indeholdt i konfidensintervallet for indikatorværdien.

Tæller/nævner: Angiver det samlede antal patienter/tumorer, der indgår i beregningen af den pågældende indikatorværdi som hhv. tæller og nævner. Der ekskluderes patienter/tumorer, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". For nærmere beskrivelse af hvilke variable, der indgår i tæller og nævner for hver indikator, se afsnittet Beregningsregler i appendiks.

Uoplyst: Angiver de antal patienter/tumorer, hvor den relevante variabel er angivet som uoplyst, eller at data mangler.

Aktuelle år: Under aktuelle år angives indikatorresultatet i % (tæller/nævner). Den statistiske usikkerhed for det beregnede indikatorresultat er anført med et 95% konfidensinterval, som angiver det interval, hvor indikatorresultatet med 95% sandsynlighed ligger. Konfidensintervallets bredde afspejler størrelsen af populationen, dvs. med hvilken præcision, indikatorresultatet er bestemt. Periodeangivelsen "aktuelle år" og "tidligere år" refererer til opgørelsesperioden.

Kontrolplot: Oversigt over punktestimater (sorte prikker) med tilhørende 95 % konfidensinterval (sorte vandrette streger) for indikatoren, på landsplan, regionsniveau og evt. enhedsniveau. Den lodrette linje viser det fastsatte udviklingsmål. Figuren viser således, hvordan punktestimater inkl. konfidensinterval ligger i forhold til det fastsatte udviklingsmål.

Trendgraf: Udviklingen i indikatorresultater over tid, opgjort på landsplan, regionsniveau og evt. enhedsniveau. Den vandrette linje viser det fastsatte udviklingsmål.

Små patientforløb: For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Forkortelser:

Basocellulært karcinom (BCC)

Planocellulært karcinom (SCC)

Morbus (mb.) Bowen.

4. Indikatorresultater

Indikatorresultaterne for dermatologisk speciallægepraksis er opgjort på patienter behandlet i dermatologisk speciallægepraksis i en etårig periode fra 1. juli til 30. juni. For indikator 4 og for supplerende indikator 1 er det patienter behandlet i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025, mens det for indikator 2 og 3 er patienter behandlet i perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024 pga. beregning af indikator 2 og 3 kræver 15 mdr. opfølgningstid. Indikator 2 og 3 viser andelen med hhv. kontrol og recidivfri kontrol. Indikatorerne er opgjort for tumorer diagnosticeret i det foregående kalenderår, nemlig i perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024, hvorefter disse tumorer potentielt er fulgt frem til 30. september 2025. I nogle tilfælde kan en patient have flere kontrolskemaer for samme tumor, men i indikatorberegningerne medtages kun ét kontrolskema per tumor. Indikator 3 er opgjort baseret på det seneste kontrolskema inden for de 15 måneder, da det tilstræbes at vurdere recidiv ca. et år efter behandling.

Indikatorresultaterne for hudkræfttumorer kan i princippet opgøres på patientniveau eller på tumorniveau, da én patient kan have og være i behandling for flere tumorer.

- Supplerende indikator 1 for dermatologisk speciallægepraksis (histologisk verificerede tumorer) opgøres på tumorniveau.
- Indikator 2 der omhandler gennemførelse af kontrolbesøg inden for 15 måneder, opgøres på patientniveau, da kontrolforløb for forskellige tumorer for den samme patient i praksis overlapper, så flere tumorer tjekkes ved samme kontrol. Hvis patienten har flere tumorer registreret i opgørelsesperioden tager beregningerne udgangspunkt i den mest alvorlige tumor i perioden (alvorlighed fra mest til mindst alvorlig: Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer).
- Indikator 3 for dermatologisk speciallægepraksis opgøres på tumorniveau, da den er relateret til resultater for den enkelte tumor.
- Indikator 4 for dermatologisk speciallægepraksis opgøres på patientniveau, da antibiotikabehandling gives til patienten efter en behandling af en eller flere tumorer

Indikatoropgørelserne baserer sig på den histologiske vurdering af tumortypen på baggrund af laboratorieresultatet. Hvis denne er uoplyst, anvendes i stedet den kliniske vurdering af tumortypen. I årsrapport 2022/2023 blev det dog ændret for keratoakantomer, så kombinationen af klinisk vurdering som keratoakantom og histologisk svar med højt differentieret planocellulært karcinom registreres som keratoakantom.

Indikatorerne for plastikkirurgi på hospitalerne opgøres fra 1. juli 2024 til og med 30. juni 2025 svarende til et kalenderår. Indikatorerne måler på enten patienter eller excisioner:

- Patienter i indikator 1 (andelen af patienter, der opereres med excision), indikator 4 (andelen af patienter, hvor der efter operation er udstedt recept på antibiotika med indikation på hudinfektion 1-3 dage efter operation) og indikator 5 (andelen af patienter, hvor der er opnået radikalitet (frie resektionsrande) og der efter operation er flere besøg end forventet dvs. mere end 2 besøg indenfor 2 mdr. efter operation)
- Excisioner i indikator 2 (andelen af excisioner på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, hvor der ikke udføres peroperativ histologisk undersøgelse, lapplastik eller transplantat eller general anæstesi) og indikator 3 (andelen af excisioner på plastikkirurgiske afdelinger med frie resektionsrande).

4.1 Indikator 2 (dermatologisk speciallægepraksis): Kontrol

Indikator 2 omhandler andelen af patienter, som gennemfører deres første kontrolbesøg inden for 15 måneder efter behandling i dermatologisk speciallægepraksis.

For at indgå i indikatoren skal patienten være diagnosticeret med en tumor i perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024. Hvis patienten har flere tumorer registreret i perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024 vælges den mest alvorlige (alvorlighed fra mest til mindst alvorlig: Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer). Derefter følges denne patient i 15 måneder, dvs. potentielt frem til 30. september 2025. Indikatoren opgøres på patientniveau og ikke tumorniveau, dvs. kontrolskemaer kobles kun på cpr-nummer og ikke tumor-id. Benigne læsioner indgår ikke.

Indikatorresultater

Af de i alt 21.143 patientforløb med tilstrækkelig opfølgningstid havde 13.143 registreret første kontrolbesøg inden for 15 måneder (tabel 3). Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 62%, hvilket ligger under den forventede udviklingsmål på $\geq 85\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 55% og 73%. Alle regioner ligger således under udviklingsmålet.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Antallet af kontroller er fortsat utilfredsstillende lavt. Figur 1 viser, at Region Nordjylland og Region Midtjylland har den højeste andel af gennemførte kontroller. Region Nordjylland har i en del år ligget under udviklingsmålet, men opfyldte tilbage i 2015/16 årsrapporten udviklingsmålet (se figur 2).

På klinikniveau varierer andelen mellem 0% til 100%. Dette tolkes som, at enkelte klinikker ikke registrerer kontroller og således trækker ned i det regionale gennemsnit. Særligt Region Hovedstaden ligger lavt, hvor en fjerdedel af alle klinikker har færre end 10% registrerede første kontrolbesøg inden for 15 måneder. Der er således formentlig tale om et registreringsproblem, hvor klinikker med få eller ingen registreringer trækker gennemsnittet ned. Styregruppens medlemmer vurderer, at indikatoren har bedre opfyldelse end tallene viser.

Vurdering af indikator

Indikatoren er afgørende for at opnå en retvisende vurdering af recidivrate og effektivitet af behandlingsmodaliteter. Der er siden forrige årsrapport sat fokus på denne indikator ved at tage kontakt til databasens brugere, der ligger lavt i registreringer i databasen, hvilket har øget andelen af patienter med hudkræft, der indberettes til databasen (dvs. dækningsgraden) i flere speciallægepraksisser, men den mere komplette registrering af patienter i databasen har dog ikke ført til en stigning i andelen med et registreret kontrolbesøg indenfor 15 måneder, men det vil måske ske i næste årsrapport. Det er for de enkelte klinikker muligt i deres kvalitetsrapporter at se, hvem de mangler at registrere kontroller på, hvilket er vigtigt alle klinikker er opmærksomme på, da det kan hjælpe til at øge kompletheden af registreringerne af kontroller. Styregruppen har diskuteret, hvorvidt alle patienter skal kontrolleres i betragtning af at mange tumorer har meget lav morbiditetsgrad. I øjeblikket pågår der et arbejde i DMCG-regi for at få udarbejdet fælles nationale guidelines og eventuelle korrektioner i indikatoren afventer dette arbejde.

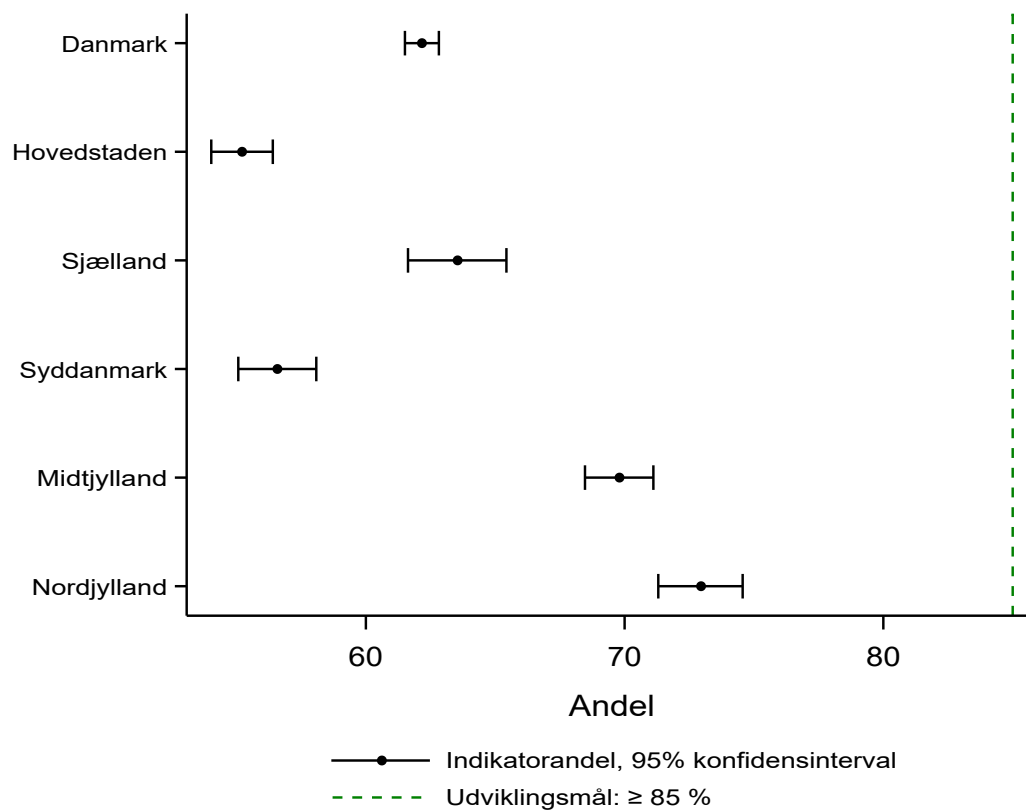
Tabel 3 Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 85%	Tæller/	antal	01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23	2021/22	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	13.144 / 21.143	0 (0)	62,2	(61,5-62,8)	62,4	62,7
Hovedstaden	Nej	3.753 / 6.797	0 (0)	55,2	(54,0-56,4)	55,9	52,4
Sjælland	Nej	1.595 / 2.510	0 (0)	63,5	(61,6-65,4)	66,6	65,8
Syddanmark	Nej	2.386 / 4.217	0 (0)	56,6	(55,1-58,1)	52,8	60,1
Midtjylland	Nej	3.287 / 4.709	0 (0)	69,8	(68,5-71,1)	72,8	73,7
Nordjylland	Nej	2.123 / 2.910	0 (0)	73,0	(71,3-74,6)	72,3	74,3

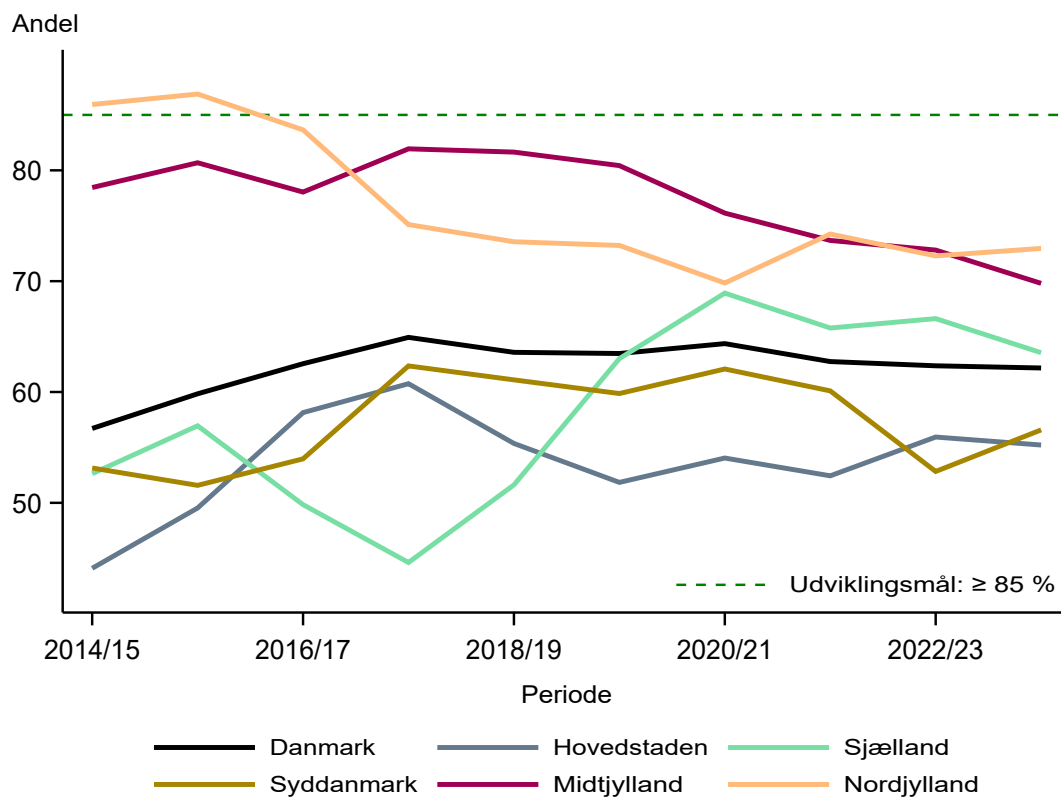
Tabel 4. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 2

	Antal	Årsag
Eksklusion:	186	Ingen histologisk eller klinisk vurdering
	1.076	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	7.495	Patienten er henvist til andet speciale
	45	Beslutning om ingen behandling
	25	Patienten ønsker ingen behandling
	255	Kontrol er ej foretaget
	1.021	Benign læsion, som ikke skal kontrolleres

Figur 1. Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder. Kontrolldiagram på regionsniveau



Figur 2. Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder.
Trendgraf på regionsniveau



4.2. Indikator 3 (dermatologisk speciallægepraksis): Recidivfri kontrol

Indikator 3 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres at radikalitet opnås, så risikoen for recidiv eller resttumor mindskes. Indikatoren er opbygget, så recidiv henføres til primær behandler uagtet, hvor det opdages ved kontrol. Dette adskiller sig fra recidiv-opgørelsen i oversigtstabellen i Kvalitetsrapporten (benchmarking), hvor antal recidiver opgøres for kontrollerende praksis.

Denne indikator er ligesom indikator 2 forskudt i tid, men opgjort på tumorniveau. Det betyder, at for at indgå i indikatoren skal der være registreret en eller flere tumorer i perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024. Disse tumorer er derefter fulgt i 15 måneder, dvs. potentielt frem til 30. september 2025. Opgørelsen er baseret på sidste kontrolskema inden for opfølgingsperioden for at tilstræbe, at resultatet vurderes ca. et år efter behandling.

4.2.1 Indikator 3a (dermatologisk speciallægepraksis): Recidivfrifrie basocellulære karcinomer

Indikatorresultater

I 17.231 ud af 17.567 registrerede BCC kontrolleret inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 98%, hvilket ligger over det forventede udviklingsmål på $\geq 95\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 97% og 99%. Alle regioner ligger over udviklingsmålet.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er tilfredsstillende, at alle regioner opfylder udviklingsmålet. Både denne årsrapport og tidligere årsrapporter viser, at den mest brugte behandling er curettage (afsnit 10.1.3, tabel 34 og figur 25).

Dette viser at curettage er en fuldt tilfredsstillende behandlingsmodalitet med lav recidivrate. Dette er en cost-effektiv behandling, som ofte kan gennemføres ved første fremmøde.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant i forhold til at sikre optimalt valg af behandlingsstrategi. Indikatoren endvidere opdelt for høj- og lavrisikokarcinomer, hvilket fremgår af efterfølgende afsnit.

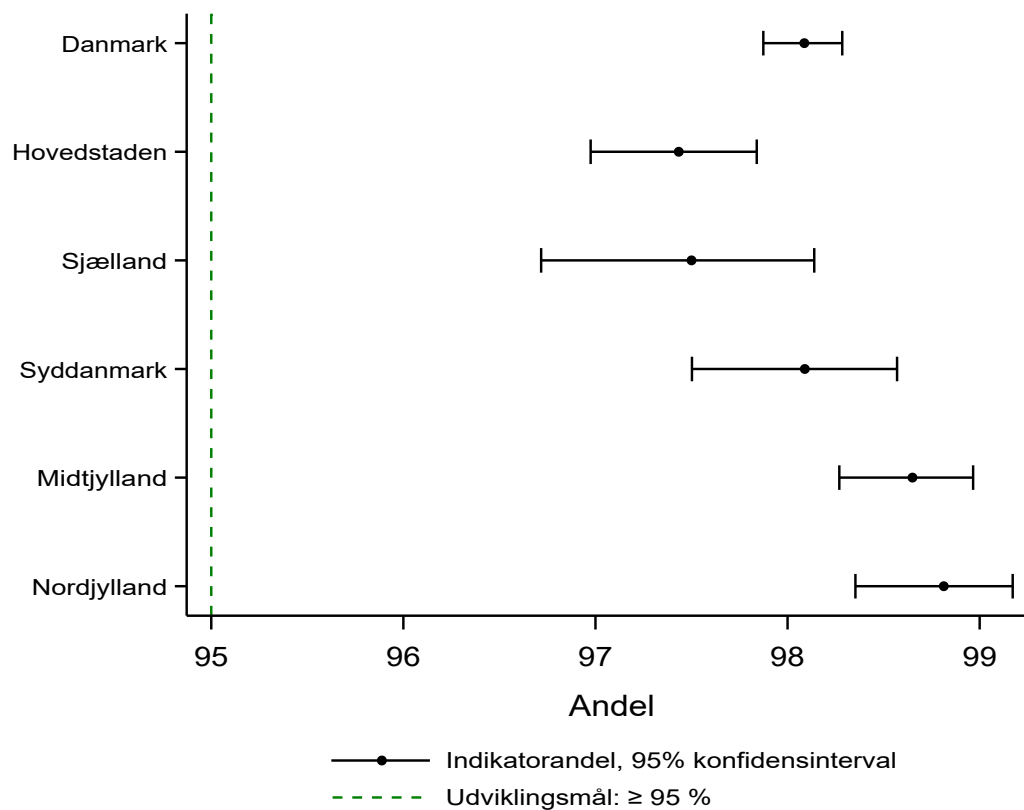
Tabel 5: Indikator 3a: Indikatortabel med andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling.

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23	2021/22	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	17.231 / 17.567	0 (0)	98,1	(97,9-98,3)	98,0	97,7
Hovedstaden	Ja	5.239 / 5.377	0 (0)	97,4	(97,0-97,8)	97,5	97,0
Sjælland	Ja	1.950 / 2.000	0 (0)	97,5	(96,7-98,1)	97,5	96,1
Syddanmark	Ja	2.670 / 2.722	0 (0)	98,1	(97,5-98,6)	98,3	98,2
Midtjylland	Ja	4.458 / 4.519	0 (0)	98,7	(98,3-99,0)	98,1	98,3
Nordjylland	Ja	2.914 / 2.949	0 (0)	98,8	(98,4-99,2)	98,9	98,8

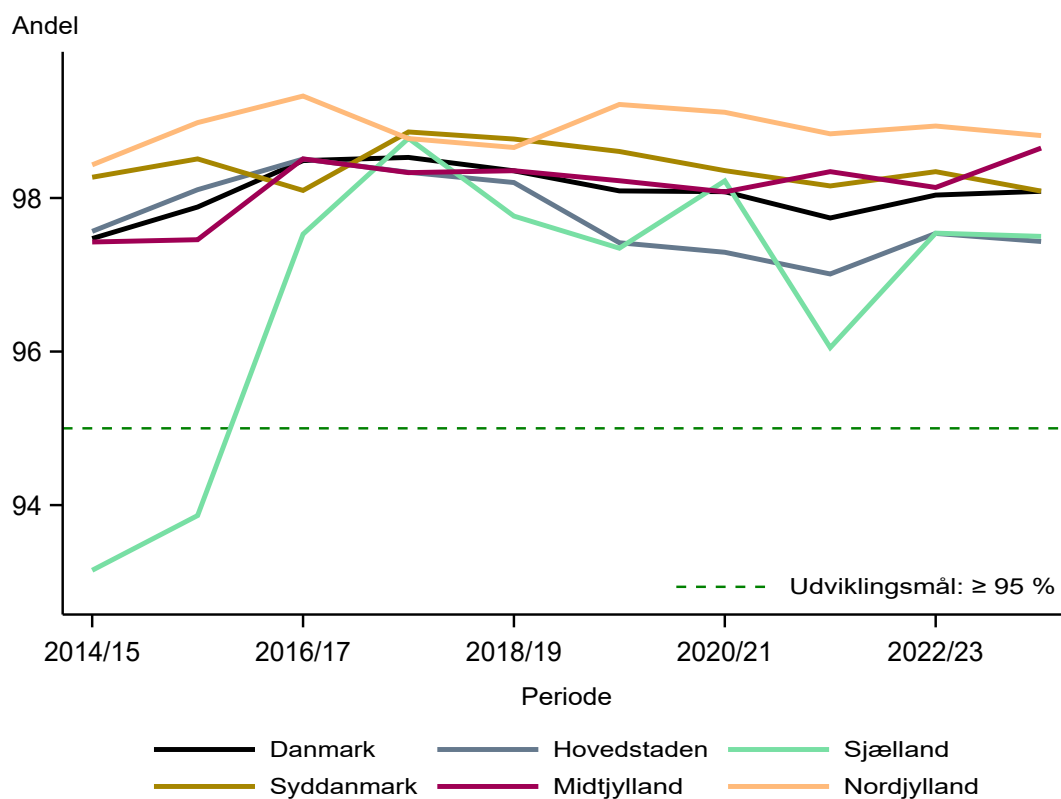
Tabel 6: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3a

	Antal	Årsag
Eksklusion:	10.450	Ikke basocellulært karcinom
	1.014	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	7.382	Patienten er henvist til andet speciale
	60	Beslutning om ingen behandling
	19	Patienten ønsker ingen behandling
	315	Kontrol er ej foretaget
	9.489	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

Figur 3: Indikator 3a: Kontrolldiagram med andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling.



Figur 4: Indikator 3a: Trendgraf med andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling.



4.2.1.1 Indikator 3a1-3a2 (dermatologisk speciallægepraksis): Recidivfrie basocellulære karcinomer stratificeret på højrisiko og lavrisiko

I denne supplerende opgørelse for recidivfrie BCC er tilfældene blevet opdelt på høj- og lavrisiko. Ifølge DDS-guideline for behandling af BCC fra 2019 opfattes tumor som værende med højere risiko for recidiv, hvis mindst to af nedenstående er til stede:

Tumorstørrelse > 2 cm

Lokalisation: læbe, skalp, næse, øjenlåg, øre

Histologisk subtype: morpheaform, infiltrativ, micronodulær, basosquamøs eller perineural involvering

Recidiv tumor i hoved-/halsregion

Denne højrisikostratificering er i nærværende årsrapport omsat til følgende kriterier, hvoraf mindst to skal være opfyldt:

Tumorstørrelse > 20 mm i diameter

Klassificeret som én af følgende jf. WHO International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11):

Område omkring mund (XA5A87) svarende til kriteriet om lokalisation på læbe

Skalp (XA6CW5)

Næse (XA3H13)

Øjenomgivelser (XA29E7) svarende til kriteriet om lokalisation på øjenlåg

Øre (XA01U5)

Klassificeret som en af følgende histologiske subtyper

Morpheaform

Infiltrativ

Micronodulær

Basosquamøs

Recidiv tumor i hoved/hals-region (hvis ja, ved recidiv i behandlingsskema)

I årsrapporten for 2020/2021 var lokalisation baseret på ICD-10, og derfor kunne højrisikotumorer på næsen ikke identificeres. Disse er inkluderet i år efter implementering af ICD-11. I årsrapporten for 2020/2021 var kriteriet om recidiv ikke afgrænset til hoved/hals-regionen, hvilket er specificeret i denne og sidste års årsrapport.

Man skal være opmærksomme på, at den måde denne rapport afgrænser højrisikotumor (i overensstemmelse med DDS-guidelines) kan variere fra, hvordan andre definerer, hvad en højrisikotumor er. Den måde højrisiko tumorer er defineret i denne rapport er forholdsvis snævert. Nogle af dem der i denne rapport er defineret som lavrisikotumorer kunne således have været defineret som højrisikotumorer, hvis bredere kriterier havde været anvendt for højrisikotumorer. De lavrisikotumorer, der viderehenvises til plastikkirurgi kunne derfor muligvis af andre være definerede som højrisikotumorer, idet der som beskrevet anvendes en forholdsvis snæver definition af højrisikotumorer i denne rapport.

Indikatorresultater

Blandt 17.432 lavrisikokarcinomer er 17.101 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 98%. På regionsniveau varierer andelen mellem 97% og 99%. Resultaterne for indikator 3a1 svarer således fuldstændig til indikator 3a, da over 99% af behandlede BCCer kategoriseres som lavrisiko. Blandt 135 højrisikokarcinomer er 130 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 96%. Her varierer andelen mellem 89% og 100%, men er behæftet med stor usikkerhed, da andelen bygger på et meget lille antal patienter.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Der er valide tal på andelen af høj- og lavrisikokarcinomer efter indførslen af ICD-11. Algoritmen identificerer i udgangspunktet 643 højrisikokarcinomer ud af 35.844 (643 højrisiko + 35.201 lavrisiko) (svarende til 1,8%) (se tabel 8 og 10). Derefter følger relevante eksklusionskriterier: viderehenvielse, fravalg af behandling eller kontrol eller ingen registreret kontrol. Blandt højrisikokarcinomerne viderehenvises 374 ud af de 643 (58%) til behandling i andet speciale. Blandt lavrisikokarcinomer drejer det sig om 7.008 ud af 35.201 (20%). Det er således en langt større andel af højrisikokarcinomerne, der viderehenvises. Blandt behandlede BCC, dvs. karcinomer som indgår i indikatorberegningen, udgør højrisikokarcinomerne 0,8% (135/17.432).

Data viser, at dermatologer i høj grad vurderer tumorens risikostratum og viderehenviser en stor andel af højrisikotumorerne,

Hos lavrisikokarcinomer kan man generelt tillade sig nuancerede betragtninger i forhold til radikalitet, kosmetisk resultat, alder og komorbiditet. Det er langt vigtigst, at højrisikokarcinomer har færrest recidiver, mens lavrisikokarcinomer potentielt kan have lavere behandlingsradikalitet, hvis der er taget særlige hensyn til bedst mulige kosmetiske resultat.

Det er tilfredsstillende, at der blandt højrisikokarcinomer er så få recidiver. Resultaterne bygger på et lille antal, og der kan derfor ikke drages væsentlige konklusioner af de procentuelle forskelle. Der er dog et forbehold for, om datagrundlaget dvs. de inkluderede kontrolskemaer er repræsentative for fordelingen, når der for omkring 40% af patienterne ikke er oplysninger om kontrolforløbet, jf. indikator 2.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og nu opdateret til ICD-11 klassifikation. Det er relevant at stratificere indikatoren i forhold til høj og lav-risiko karcinomer, da det giver supplerende oplysninger om behandlingsvalg og recidivrate af højrisikotumorerne.

Tabel 7: Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	17.101 / 17.432	0 (0)	98,1	(97,9-98,3)	98,1	97,8	
Hovedstaden	5.225 / 5.363	0 (0)	97,4	(97,0-97,8)	97,6	97,0	
Sjælland	1.919 / 1.965	0 (0)	97,7	(96,9-98,3)	97,7	96,0	
Syddanmark	2.617 / 2.668	0 (0)	98,1	(97,5-98,6)	98,4	98,3	
Midtjylland	4.446 / 4.507	0 (0)	98,6	(98,3-99,0)	98,2	98,3	
Nordjylland	2.894 / 2.929	0 (0)	98,8	(98,3-99,2)	98,9	98,9	

Tabel 8: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3a1

	Antal	Årsag
Eksklusion:	10.450	Ikke basocellulært karcinom
	984	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	7.008	Patienten er henvist til andet speciale
	58	Beslutning om ingen behandling
	19	Patienten ønsker ingen behandling
	313	Kontrol er ej foretaget
	9.389	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	643	Ikke lavrisiko

Tabel 9. Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23	2021/22	
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	130 / 135	0 (0)	96,3	(91,6-98,8)	93,3	93,1	
Hovedstaden	14 / 14	0 (0)	100,0	(76,8-100,0)	93,8	100,0	
Sjælland	31 / 35	0 (0)	88,6	(73,3-96,8)	90,9	100,0	
Syddanmark	53 / 54	0 (0)	98,1	(90,1-100,0)	90,9	91,5	
Midtjylland	12 / 12	0 (0)	100,0	(73,5-100,0)	92,3	100,0	
Nordjylland	20 / 20	0 (0)	100,0	(83,2-100,0)	100,0	89,7	

Tabel 10: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3a2

Tabel 8: Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3a2

	Antal	Årsag
Eksklusion:	10.450	Ikke basocellulært karcinom
	30	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	374	Patienten er henvist til andet speciale
	2	Beslutning om ingen behandling
	2	Kontrol er ej foretaget
	100	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	35.203	Ikke højrisiko

4.2.2 Indikator 3b (dermatologisk speciallægepraksis): Recidivfrie planocellulære karcinomer

Indikatorresultater

Blandt 556 registrerede kontroller inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv blandt 543 SCC (97.7%), hvorved udviklingsmålet på 98.0% lige akkurat ikke er opfyldt. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 97% og 99%. Region Hovedstaden og region Nordjylland ligger lige under udviklingsmålet.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren ligger meget tæt på udviklingsmålet på 98% på landsplan (97.7%). Omkring 45% af SCC viderehenvises til anden behandling (se afsnit 10.1.4, tabel 35 og figur 26). Man vil oplagt forvente, at det er karcinomer med størst risiko for metastasering, som henvises til anden behandling.

Ofte vælges behandlingsmodaliteten ud fra den kliniske vurdering og små karcinomer kan klinisk være sværere at differentiere i forhold til BCC og Bowen. Derfor ses, at en stor andel af SCC er behandlet med curettage, (se afsnit 10.1.4, Tabel 35 og Figur 26) og i henhold til DDS-guidelines kan man vælge at se an (watchful waiting). Det er vigtigt at opnå radikalitet ved denne tumortype, da der er risiko for metastasering.

Figur 26 viser geografiske forskelle i behandlingsvalg og viderehenvielse til plastikkirurgi.

Vurdering af indikator

Indikatoren giver værdifuld oplysning om recidiver og med databasens nye muligheder for vurdering efter stratificering kan der på mere kvalificeret vis vurderes om recidiver udgør en særlig risiko for patienten.

Indikatorens tal bygger på en lille andel af alle SCC, da omkring 45% af alle tilfælde viderehenvises til anden behandling i sygehusregi.

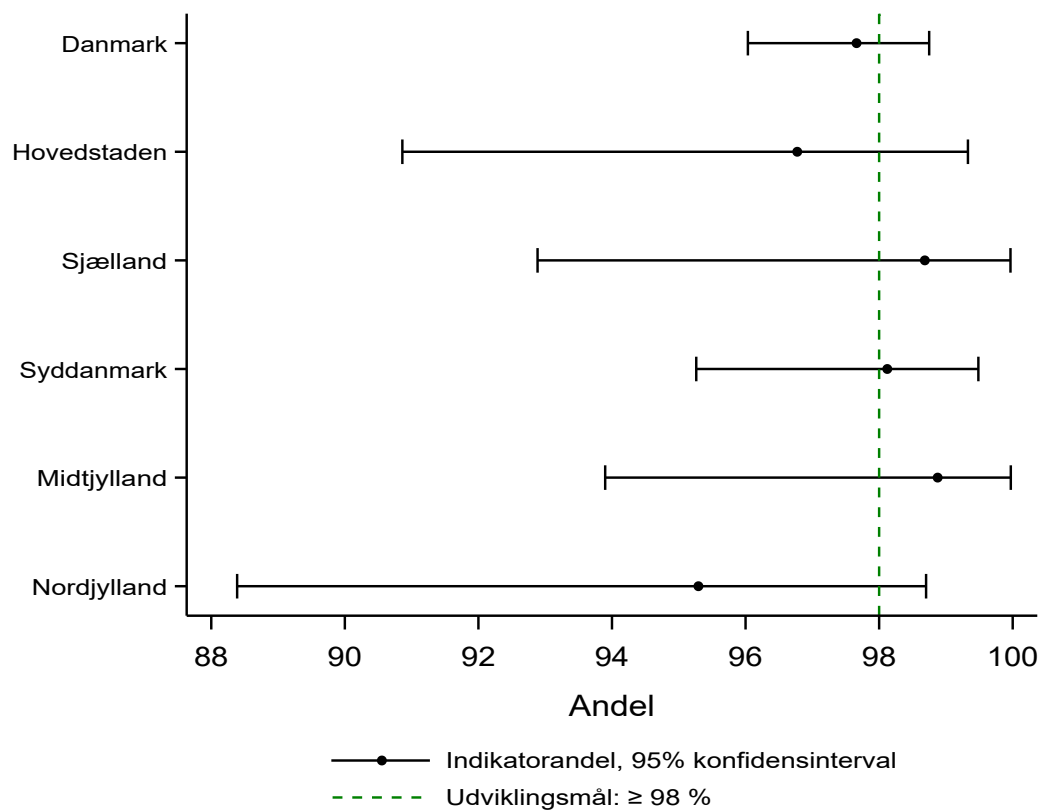
Tabel 11. Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 98%	Tæller/ nævner	antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	543 / 556	0 (0)	97,7	(96,0-98,7)	97,7	97,9
Hovedstaden	Nej	90 / 93	0 (0)	96,8	(90,9-99,3)	100,0	93,8
Sjælland	Ja	75 / 76	0 (0)	98,7	(92,9-100,0)	94,7	97,8
Syddanmark	Ja	209 / 213	0 (0)	98,1	(95,3-99,5)	98,0	98,2
Midtjylland	Ja	88 / 89	0 (0)	98,9	(93,9-100,0)	99,1	97,4
Nordjylland	Nej	81 / 85	0 (0)	95,3	(88,4-98,7)	97,0	100,0

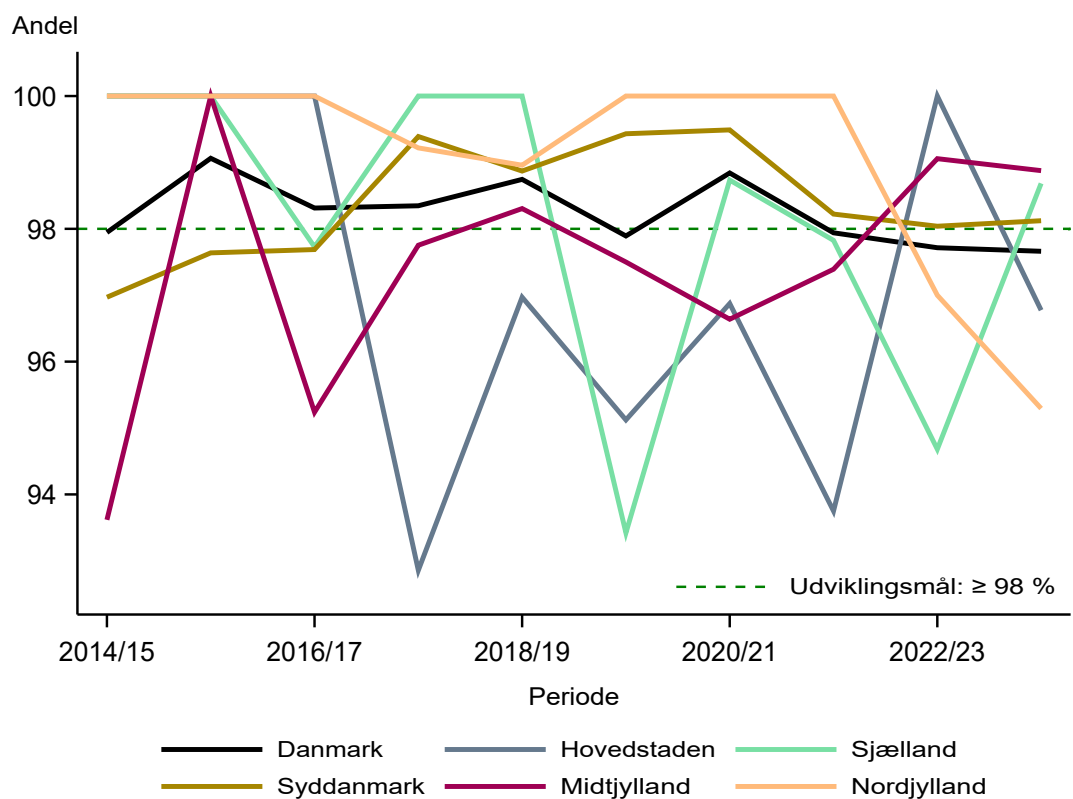
Tabel 12. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3b

	Antal	Årsag
Eksklusion:	42.922	Ikke planocellulært karcinom
	313	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	1.574	Patienten er henvist til andet speciale
	2	Beslutning om ingen behandling
	6	Patienten ønsker ingen behandling
	24	Kontrol er ej foretaget
	899	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

Figur 5. Indikator 3b. Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 6. Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling. Trendgraf på regionsniveau.



4.2.2.1 Indikator 3b1-3b2 (dermatologisk speciallægepraksis): Recidivfrie planocellulære karcinomer stratificeret på behandlingsvalg

For at opdele SCC i høj- og lavrisiko bruges behandlingsvalg som en tilnærmelse for forventet risiko. Excision udføres typisk på karcinomer, som vurderes som højrisiko. Curettage, enkelt curettage med el-kaustik samt dobbelt curettage med el-kaustik kan udføres på karcinomer med lav risiko for metastasering i henhold til guidelines, der har været i høring og afventer endelig dokument, der forventes snarligt efter årsrapportens publicering.

Da ét karcinom kan modtage flere forskellige behandlinger, kan samme karcinom optræde i begge af nedenstående tabeller. Desuden er mindre hyppige behandlingsformer udeladt. De to stratificerede tabeller summerer derfor ikke til tabel 11 for indikator 3b.

Indikatorresultater

Blandt 337 karcinomer behandlet med curettage er 326 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 97%. På regionsniveau varierer andelen mellem 96% og 100%. Blandt 180 karcinomer behandlet med excision er 178 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 99%.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Blandt exciderede karcinomer er 99% recidivfri. Blandt de curetteredede karcinomer ligger den recidivfri andel på landsplan på 97% og regionalt mellem 96% og 99%, hvilket er tilfredsstillende. Indikatoren er baseret på små patientgrupper, og enkelte tilfælde kan således få andelen til at variere betydeligt. Tumorer, hvor der er valgt curettage og kaustik er med stor sandsynlighed lavrisikotumorer med yderst begrænset risiko for metastasering.

Hovedstaden har et lavt absolut antal i forhold til, hvad man ville forvente ud fra 32 (afsnit 10.1.2), hvoraf det fremgår, at Hovedstaden er den region med det næsthøjeste absolutte antal SCC tumorer. Af figur 26 (afsnit 10.1.4) fremgår, at de henviser en højere andel end de fleste andre regioner med undtagelse af Region Nordjylland.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant. Den foreløbige stratificering viser, at der kan blive behov for yderligere stratificering fx for anatomisk lokalisation.

For at opdele SCC i høj- og lavrisiko bruges behandlingsvalg som en tilnærmelse for forventet risiko. Excision udføres typisk på karcinomer, som vurderes som højrisiko. Curettage, enkelt curettage med el-kaustik samt dobbelt curettage med el-kaustik kan udføres på karcinomer med lav risiko for metastasering i henhold til guidelines.

Da ét karcinom kan modtage flere forskellige behandlinger, kan samme karcinom optræde i begge af nedenstående tabeller. Desuden er mindre hyppige behandlingsformer udeladt. De to stratificerede tabeller summerer derfor ikke til tabel 11 for indikator 3b (afsnit 4.2.2).

Indikatorresultater

Blandt 337 karcinomer behandlet med curettage er 326 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 97%. På regionsniveau varierer andelen mellem 94% og 99%. Blandt 180 karcinomer behandlet med excision er 178 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 99%.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Blandt exciderede karcinomer er 99% recidivfri. Blandt de curetteredede karcinomer ligger den recidivfri andel på landsplan på 98% og regionalt mellem 96% og 100%, hvilket er tilfredsstillende. Indikatoren er baseret på små patientgrupper, og enkelte tilfælde kan således få andelen til at variere betydeligt. Tumorer, hvor der er valgt curettage og kaustik er med stor sandsynlighed lavrisikotumorer med yderst begrænset risiko for metastasering.

Hovedstaden har et lavt absolut antal i forhold til, hvad man ville forvente ud fra Tabel 32 (afsnit 10.1.2), hvoraf det fremgår, at Hovedstaden er den region med det næsthøjeste absolutte antal SCC. Af Tabel 35 (afsnit 10.2.4) fremgår, at de henviser en højere andel end de fleste andre regioner med undtagelse af Region Nordjylland.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant. Den foreløbige stratificering viser, at der kan blive behov for yderligere stratificering fx for anatomisk lokalisation.

Tabel 13. Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkelt curettage eller dobbelt curettage

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23	2021/22	
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	326 / 337	0 (0)	96,7	(94,2-98,4)	96,8	96,5	
Hovedstaden	71 / 74	0 (0)	95,9	(88,6-99,2)	100,0	92,5	
Sjælland	57 / 58	0 (0)	98,3	(90,8-100,0)	93,2	97,2	
Syddanmark	79 / 82	0 (0)	96,3	(89,7-99,2)	97,8	96,6	
Midtjylland	71 / 72	0 (0)	98,6	(92,5-100,0)	98,8	96,4	
Nordjylland	48 / 51	0 (0)	94,1	(83,8-98,8)	93,2	100,0	

Tabel 14. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3b1

	Antal	Årsag
Eksklusion:	42.922	Ikke planocellulært karcinom
	109	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	198	Patienten er henvist til andet speciale
	4	Patienten ønsker ingen behandling
	21	Kontrol er ej foretaget
	664	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	2.041	Ikke behandlet med curettage, enkelt curettage eller dobbelt curettage

Tabel 15. Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.07.2023 - 30.06.2024		2022/23	2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	178 / 180	0 (0)	98,9	(96,0-99,9)		99,0	100,0
Hovedstaden	9 / 9	0 (0)	100,0	(66,4-100,0)		100,0	100,0
Sjælland	21 / 21	0 (0)	100,0	(83,9-100,0)		100,0	100,0
Syddanmark	101 / 102	0 (0)	99,0	(94,7-100,0)		97,9	100,0
Midtjylland	15 / 15	0 (0)	100,0	(78,2-100,0)		100,0	100,0
Nordjylland	32 / 33	0 (0)	97,0	(84,2-99,9)		100,0	100,0

Tabel 16. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3b2

	Antal	Årsag
Eksklusion:	42.922	Ikke planocellulært karcinom
	42	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	31	Patienten er henvist til andet speciale
	1	Patienten ønsker ingen behandling
	2	Kontrol er ej foretaget
	151	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	2.967	Ikke behandlet med excision

4.2.3 Indikator 3c (dermatologisk speciallægepraksis): Recidivfrie Mb. Bowen tumorer

Indikatorresultater

Blandt 1.661 registrerede kontroller inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv blandt 1.606 mb. Bowen. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 97%, hvilket ligger over det forventede udviklingsmål på $\geq 95\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 95% og 98%. Alle regioner opfylder således udviklingsmålet.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er meget tilfredsstillende, at indikatoren opfylder udviklingsmålet på landsplan. Mb. Bowen er en del af sygdomsspektret for SCC, men har meget lille potentiale til invasiv vækst. Recidiver er dermed kun sjældent et større problem for patienterne.

Oplysninger om viderehenvielse illustrerer behandlingspraksis i speciallægepraksis og er dermed en relevant information.

Vurdering af indikator

Indikatoren indgår i spektret af planocellulære celleforandringer og indgår derfor som markør for sygdommen i befolkningen.

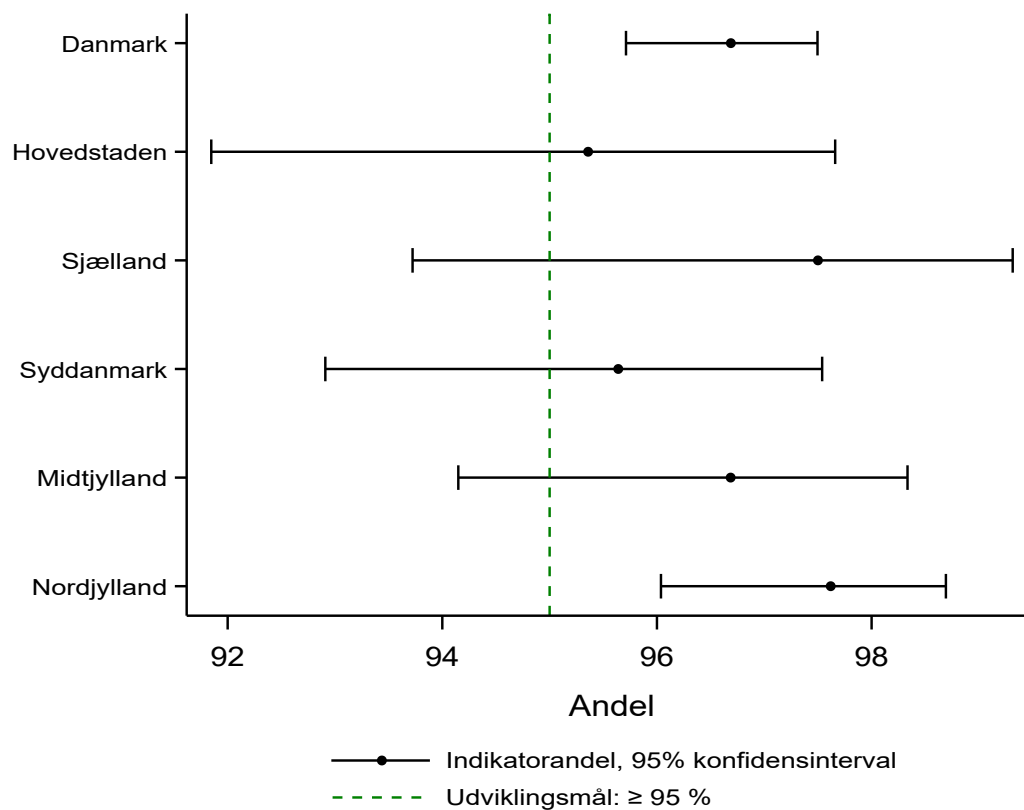
**Tabel 17. Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling Indikator 3c:
Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling**

	Udviklingsmål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		≥ 95%	Tæller/ nævner	antal	01.07.2023 - 30.06.2024	2022/23	2021/22
		opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel
Danmark	Ja	1.606 / 1.661	0 (0)	96,7	(95,7-97,5)	96,8	97,5
Hovedstaden	Ja	226 / 237	0 (0)	95,4	(91,8-97,7)	95,7	97,8
Sjælland	Ja	156 / 160	0 (0)	97,5	(93,7-99,3)	92,5	89,5
Syddanmark	Ja	329 / 344	0 (0)	95,6	(92,9-97,5)	95,2	97,7
Midtjylland	Ja	321 / 332	0 (0)	96,7	(94,1-98,3)	98,6	97,4
Nordjylland	Ja	574 / 588	0 (0)	97,6	(96,0-98,7)	98,4	98,1

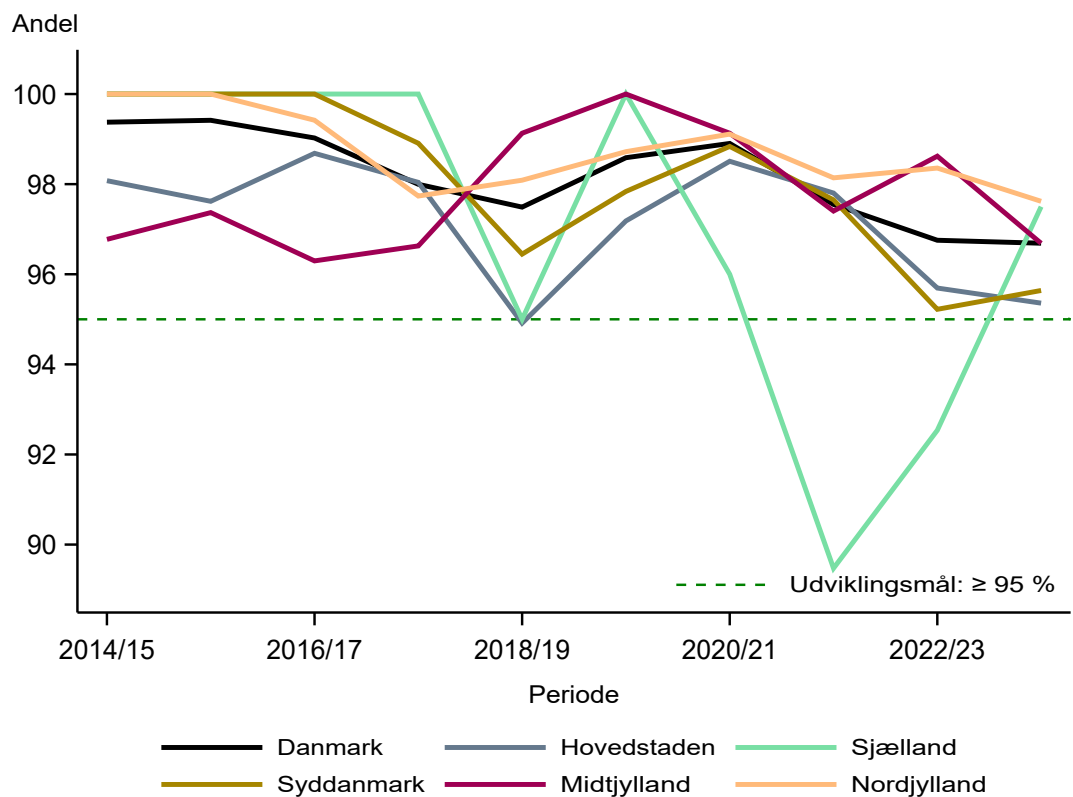
Tabel 18. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3c

	Antal	Årsag
Eksklusion:	42.965	Ikke mb. Bowen
	211	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	140	Patienten er henvist til andet speciale
	1	Beslutning om ingen behandling
	7	Patienten ønsker ingen behandling
	31	Kontrol er ej foretaget
	1.280	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

Figur 7. Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 8. Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling. Trendgraf på regionsniveau.



4.3. Indikator 4 (dermatologisk speciallægepraksis): Komplikationer

Indikator 4 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres at andelen med efterfølgende infektionskomplikationer er lav.

årene før 2023/2024. I 2022/2023 årsrapporten og tidligere blev komplikationer opgjort ud fra oplysninger registreret af den dermatologiske speciallæge på et skema udfyldt ved første kontrol indenfor 15 måneder efter behandlingen. En ulempe ved denne måde at opgøre infektioner er registreringen potentielt først sker op til 15 måneder efter behandling, hvorved der kan være recall-bias, hvor patienten glemmer at indberette komplikationer i umiddelbar forlængelse af behandlingen. Det tyder på det kan have været tilfældet pga. andelen med infektioner var 0.2% i 2022/2023 årsrapport og således meget lav.

Fra 2023/2024 årsrapporten er komplikationer, dvs. infektioner, i stedet baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I registret er patienter identificeret, der har fået udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion 2-30 dage efter behandling af hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis. Patienter er afgrænset ved behandling med en af nedenstående typer antibiotika og ordineret på baggrund af en af nedenstående indikationer.

ATC-koder for Antibiotika:

J01CF01 Dicloxacillin

J01CE02 Phenoxyethylpenicillin

J01FA06 Roxithromycin

J01FA10 Azithromycin

J01FF01 Clindamycin

J01AA02 Doxycyclin

J01FA09 Clarithromycin

J01CF05 Flucloxacillin

J01MA14 Moxifloxacin

J01AA07 Tetracyclin

J01CA01 Ampicillin

J01FA01 Erythromycin

J01AA04 Lymecyclin

Indikation koder for behandlingen:

0000084 mod infektion

0000124 mod svær infektion

0000312 mod betændelse

0000417 mod hud- og bløddelsinfektion

0000458 mod sårinfektion

Indikatorresultater

Blandt 24.295 behandlede patienter var der udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion 2-30 dage efter behandling til 479 patienter. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 2.0%, hvorved udviklingsmålet på $\leq 2\%$ er opfyldt. Indikatoren er opfyldt i region Hovedstaden (1.5%) og tæt på at være opfyldt i de resterende regioner med 2.2%-2.3%. Andelen med infektioner var lavest i region Hovedstaden og højest i Region Syddanmark (Figur 9).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er positivt, at det kun er en lille andel af patienter, der oplever infektioner efter behandling (2%). De 2% er uændret fra sidste årsrapport. En del af de patienter, der har fået antibiotikabehandling efter curretage har muligvis fået behandling uden at have en infektion pga. det kan være svært at se om der er tale om en infektion eller ej efter denne type behandling. Desuden er typen af antibiotika præparater og indikationer forholdsvis bredt definerede, så de 2% er sandsynligvis en overestimering af andelen, der får infektioner.

Vurdering af indikator

Lægemiddelstatistikregistret vurderes som værende en valid datakilde til at opgøre andelen af patienter, der oplever komplikationer (infektioner) efter behandling. For nuværende fastholdes udviklingsmålet på 2%.

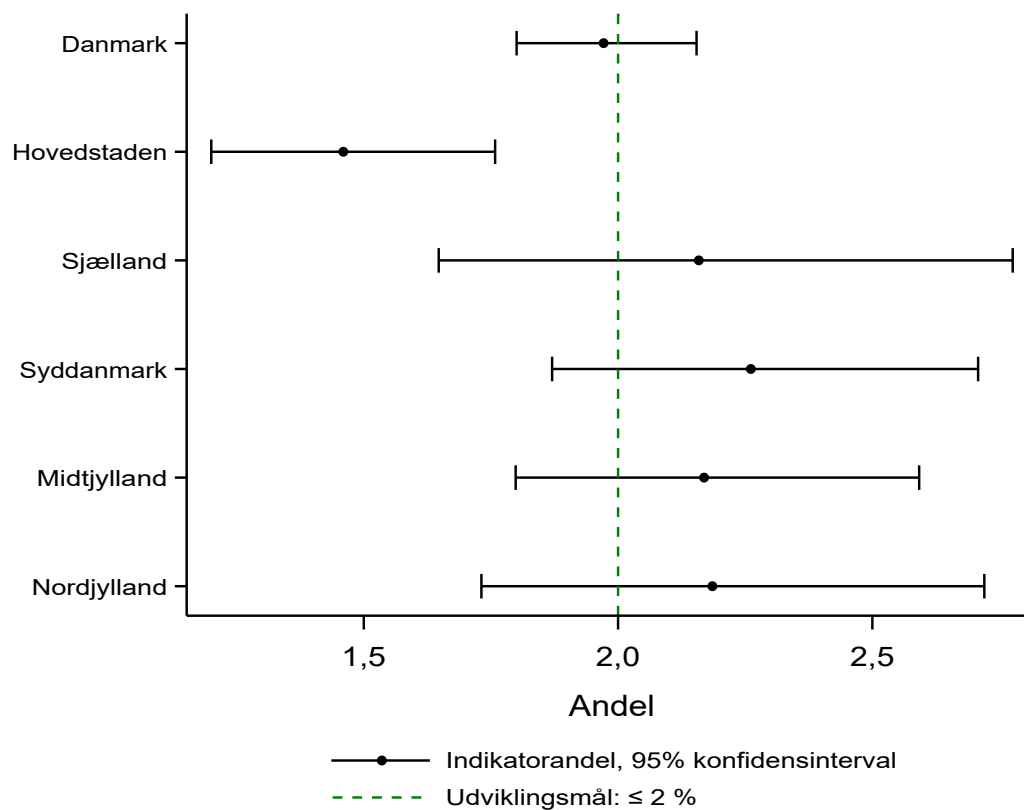
Tabel 19. Indikator 4: Andelen af patienter, der efter behandling har fået udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion

	Udviklingsmål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		≤ 2% opnået	Tæller/ nævner	antal (%)	01.07.2024 - 30.06.2025 Andel 95% CI	2023/24 Andel	2022/23 Andel
Danmark	Ja	479 / 24.295	41 (0)	2,0 (1,8-2,2)	2,2	2,1	
Hovedstaden	Ja	109 / 7.467	9 (0)	1,5 (1,2-1,8)	1,4	1,7	
Sjælland	Nej	59 / 2.733	2 (0)	2,2 (1,6-2,8)	2,2	2,6	
Syddanmark	Nej	115 / 5.086	15 (0)	2,3 (1,9-2,7)	2,4	2,2	
Midtjylland	Nej	118 / 5.440	11 (0)	2,2 (1,8-2,6)	2,5	2,0	
Nordjylland	Nej	78 / 3.569	4 (0)	2,2 (1,7-2,7)	2,9	2,7	

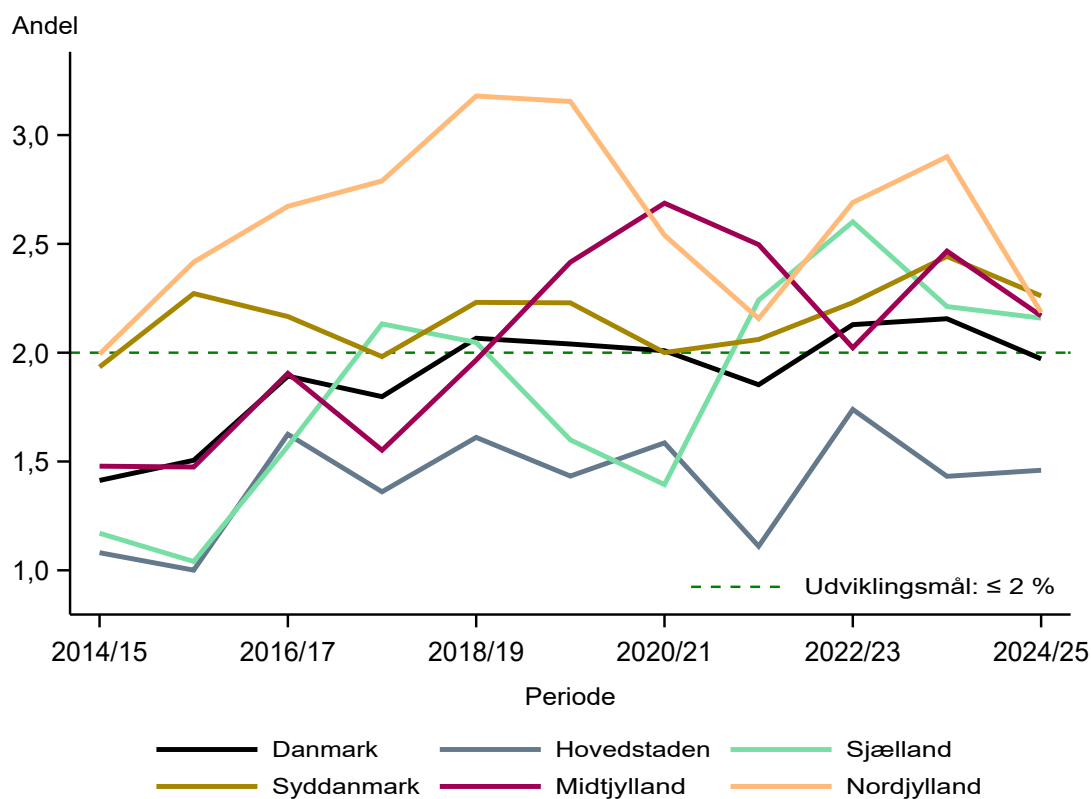
Tabel 20. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 4

	Antal	Årsag
Eksklusion:	164	Ingen histologisk eller klinisk vurdering
	8.013	Patienten er henvist til andet speciale
	60	Beslutning om ingen behandling
	17	Patienten ønsker ingen behandling
	55	Antibiotika 0-30 dage før behandling
	1.405	Ikke PCC, BBC, MB eller KA
	15	Antibiotika udleveret på dag 1 post operativt
Uoplyst:	41	Mangler indikation på recept

Figur 9. Indikator 4: Andelen af patienter, der efter behandling har fået udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion. Kontrolldiagram på regionsniveau



Figur 10. Indikator 4: Andelen af patienter, der efter behandling har fået udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion. Trendgraf på regionsniveau



4.4. Indikator 1 (plastikkirurgi på hospitaler): Modtagne opererede med excision

Indikator 1 omhandler om, det er relevante patienter, som henvises til plastikkirurgisk hospitalsafdeling med hudkræft som aktionsdiagnose. Det skal sikres, at flest mulige af de henviste patienter enten behandles med excision eller viderehenvises til stråleterapi.

For at indgå i indikatoren skal patienten med hudkræft være modtaget på en plastikkirurgisk hospitalsafdeling i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Patienter, der viderehenvises til onkologisk behandling, indgår ikke i indikatoren.

Indikatorresultater

Af de i alt 10.628 patienter modtaget på en plastikkirurgisk hospitalsafdeling, blev 9.492 opereret med excision. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 89%, men med store regionale forskelle, hvor andelen var højest i Region Nordjylland (95%) og lavest i Region Hovedstaden (84%). Andelen af patienter opereret med excision varierede også meget mellem de enkelte hospitaler. Således lå Aleris Hospital i Søborg (59%) og Herlev Hospital (77%) lavest mens Odense Universitetshospital (96%), Privathospital Mølholm i Aarhus (97%) Plastikkirurgisk klinik i Aarhus (100%) lå højest.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Patienter med hudkræft henvist til plastikkirurgisk hospitalsafdeling, bør som udgangspunkt være kandidater til operation, og have et ønske om behandling eller vurdering. For nogle patienter, vil strålebehandling være et bedre alternativ og henvises. Det vil ofte være hensigtsmæssigt, at de vurderes plastikkirurgisk først, og så viderehenvises når det er relevant. Ud over patienter behandlet med operation eller henvist til stråleterapi, vil der være en mindre gruppe, som inkluderer patienter med inoperabel/ubehandlelig sygdom, patienter som ikke ønsker den tilbudte behandling, patienter med superficielt basalcellekarcinom som tilbagehenvises til dermatologisk behandling, patienter uden resttumor, etc. Denne gruppe forventes at være beskeden i antal.

Hvis indikatoren finder et højt patientantal, som hverken opereres eller viderehenvises til strålebehandling, vil det enten afspejle forkert registrering, alternativt et højt antal henviste patienter, som ikke ønsker behandling eller lignende. Indikatoren kan således give anledning til optimering af registreringspraksis og eller visitation.

Vurdering af indikator

Indikatoren er vigtig pga. patienter, der modtages på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger næsten altid bør opereres med excision eller viderehenvises til stråleterapi. Det er derfor vigtigt at forstå, hvorfor nogle hospitalsafdelinger opererer en relativt lav andel ifølge indikatoren. Det kan muligvis til dels forklares ved, at disse hospitaler i nogle tilfælde registrerer excisionerne med andre procedurekoder end dem, der anvendes til at identificere patienter opereret med excision i Landspatientregistret eller at der mangler operationskoder på nogle af excisionerne. Styregruppen vil tage kontakt til de hospitalsafdelinger, der ligger lavest for at forsøge at finde en forklaring på, hvorfor indikatoren viser at de opererer en lavere andel end andre hospitaler.

Indikator 1: Andelen af modtagne patienter på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, der opereres med excision

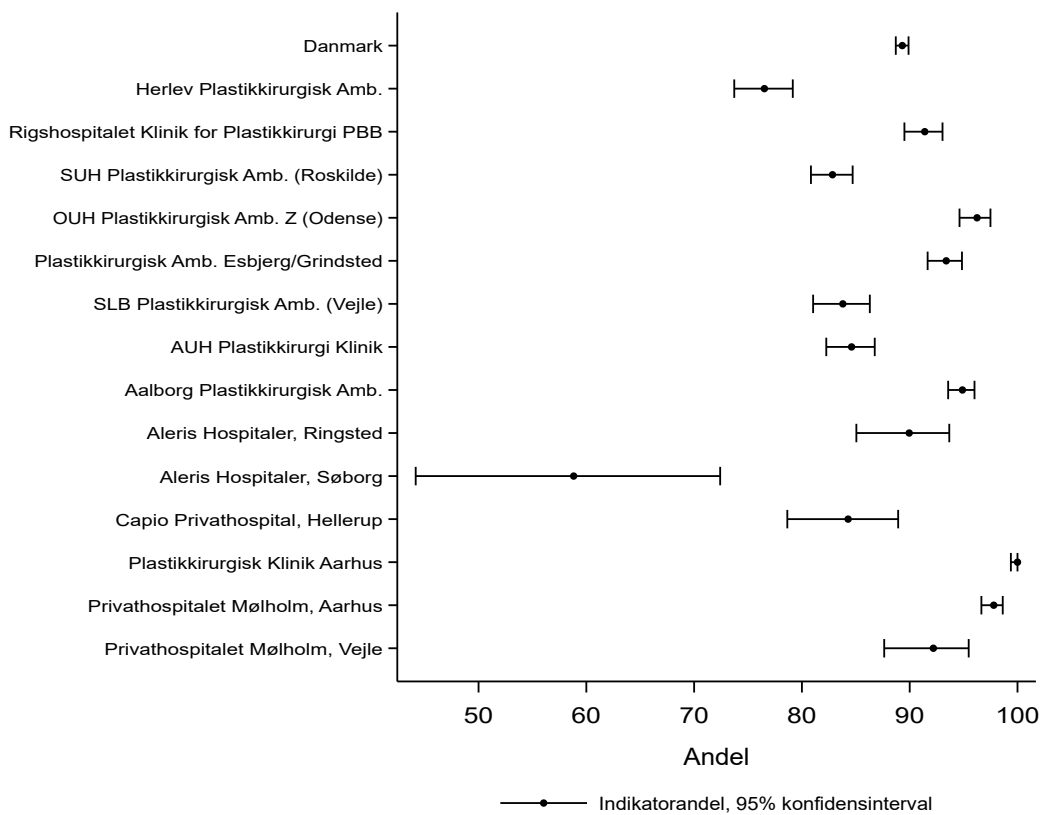
	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Danmark		9.492 / 10.628	0 (0)	89,3	(88,7-89,9)
Hovedstaden		1.678 / 1.994	0 (0)	84,2	(82,5-85,7)
Sjælland		1.250 / 1.509	0 (0)	82,8	(80,8-84,7)
Syddanmark		2.312 / 2.534	0 (0)	91,2	(90,1-92,3)
Midtjylland		874 / 1.033	0 (0)	84,6	(82,3-86,8)
Nordjylland		1.263 / 1.331	0 (0)	94,9	(93,6-96,0)
Hovedstaden		1.678 / 1.994	0 (0)	84,2	(82,5-85,7)
Herlev Plastikkirurgisk Amb.		743 / 971	0 (0)	76,5	(73,7-79,2)
Rigshospitalet Klinik for Plastikkirurgi PBB		935 / 1.023	0 (0)	91,4	(89,5-93,0)
Sjælland		1.250 / 1.509	0 (0)	82,8	(80,8-84,7)
SUH Plastikkirurgisk Amb. (Roskilde)		1.250 / 1.509	0 (0)	82,8	(80,8-84,7)
Syddanmark		2.312 / 2.534	0 (0)	91,2	(90,1-92,3)
OUH Plastikkirurgisk Amb. Z (Odense)		718 / 746	0 (0)	96,2	(94,6-97,5)
Plastikkirurgisk Amb. Esbjerg/Grindsted		932 / 998	0 (0)	93,4	(91,7-94,8)
SLB Plastikkirurgisk Amb. (Vejle)		662 / 790	0 (0)	83,8	(81,0-86,3)
Midtjylland		874 / 1.033	0 (0)	84,6	(82,3-86,8)
AUH Plastikkirurgi Klinik		874 / 1.033	0 (0)	84,6	(82,3-86,8)
Nordjylland		1.263 / 1.331	0 (0)	94,9	(93,6-96,0)
Aalborg Plastikkirurgisk Amb.		1.263 / 1.331	0 (0)	94,9	(93,6-96,0)
Privathospitaler					
Aleris Hospitaler, Ringsted		188 / 209	0 (0)	90,0	(85,1-93,7)
Aleris Hospitaler, Søborg		30 / 51	0 (0)	58,8	(44,2-72,4)
Capio Privathospital, Hellerup		177 / 210	0 (0)	84,3	(78,6-88,9)

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Plastikkirurgisk Klinik Aarhus		599 / 599	0 (0)	100,0	(99,4-100,0)
Privathospitalet Mølholm, Aarhus		932 / 953	0 (0)	97,8	(96,7-98,6)
Privathospitalet Mølholm, Vejle		189 / 205	0 (0)	92,2	(87,6-95,5)

Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 1

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.145	Viderehenvist

Indikator 1: Andelen af modtagne patienter på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, der opereres med excision. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



4.5 Indikator 2 (plastikkirurgi på hospitaler): Excisioner med lapplastik, transplantat, peroperativ histologisk undersøgelse eller generel anæstesi

Indikator 2 omhandler om, det er relevante patienter, som opereres for hudkræft på plastikkirurgisk hospitalsafdeling. Det skal illustreres, hvor stor en andel af de opererede patienter, som får foretaget en mere kompliceret operation, end excision og lukning med direkte sutur i lokalbedøvelse. Dette gøres ved at vise, hvor stor en andel af excisioner på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, hvor der anvendes rekonstruktion med lapplastik eller transplantat, eller hvor der anvendes peroperativ histologisk undersøgelse (frysemikroskopi) eller opereres under generel anæstesi. I praksis svarende til, hvor stor en andel af hudkræftexcisioner foretaget på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, som ikke udelukkende er "excision uden frysemikroskopi og lukning med direkte suturering i lokalbedøvelse".

For at indgå i indikatoren skal excisionen være foretaget i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Hvis en patient har fået foretaget flere excisioner samme dag, indgår ingen af excisionerne i indikatoren.

Indikatorresultater

Af de i alt 11.824 excisioner på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, blev der anvendt lapplastik, transplantat, peroperativ histologisk undersøgelse (frysemikroskopi) og/eller generel anæstesi ved 3.775 af excisionerne. Dette svarer til et landsdækkende indikatortotal på 32%. Der var forskel på tværs af regioner og den højeste andel sås i Region Midtjylland (51%) og den laveste i Region Sjælland (26%). Variationen mellem hospitaler var stor (fra 6% til 62%). De hospitaler der lå lavest var Plastikkirurgisk klinik Aarhus (6%), Privathospitalet Mølholm, Vejle (6%) SLB Plastikkirurgisk ambulatorie i Vejle (16%), SUH plastikkirurgisk ambulatorie, Roskilde (25%), Aleris Hospital, Søborg (26%), Privathospitalet Mølholm, Aarhus (30%), Plastikkirurgisk ambulatorie Esbjerg/Grindsted (30%) og Rigshospitalet (30%).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren skal afspejle, i hvor høj grad hospitalerne behandler patienter af en kompleksitetsgrad, som kræver hospitalsbehandling – og i hvor høj grad de behandler patienter, som kunne behandles i primærsektoren, hvis kapaciteten var hertil.

Kompleksiteten af kirurgi med excision af hudkræft varierer betydeligt. Ved behov for generel anæstesi eller peroperativ histologisk undersøgelse, udføres operationen altid på hospitalsafdelinger, da det ikke plastikkirurgisk udbydes i primærsektoren. Excision og direkte sutur i lokalbedøvelse uden anvendelse af frysemikroskopi vil overvejende kunne udføres af privatpraktiserende plastikkirurger. Excision udført i lokalbedøvelse uden peroperativ histologisk undersøgelse og rekonstruktion med lapplastik eller transplantat, vil i en del tilfælde kunne udføres af privatpraktiserende plastikkirurger i primærsektoren, og i andre tilfælde mest hensigtsmæssigt på hospitalsafdelinger.

Fordele ved behandling i primærsektoren, inkluderer lavere udgifter per behandling, og kortere transport for patienterne. Omfanget af privatpraktiserende plastikkirurger, er derfor relevant at overveje for en sygdom i eksplosiv vækst, der primært findes hos den voksende ældre del af befolkningen. Dels ud fra et patientperspektiv i forhold til nærhed til behandling, og dels ud fra et samfundsøkonomisk "vælg klogt"-perspektiv. Tilgængeligheden af privatpraktiserende plastikkirurger i primærsektoren, varierer betydeligt geografisk fra 0 i Region Nordjylland og Region Sjælland, til 11 (inkl. deltidsydernumre) i Region hovedstaden.

Indikatoren viser, hvor stor en andel af hudkræftexcisioner, foretaget på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, der ikke blot er excision og direkte sutur i lokalbedøvelse. Den viser altså hvor stor en andel af excisionerne, som relevant hører hjemme på en hospitalsafdeling, og som ikke også kunne udføres i primærsektoren. En del af de inkluderede operationer, vil være excision i lokalbedøvelse uden frys og lukning med lap/transplantat, som også kunne håndteres i primærsektoren.

Vurdering af indikator

Operationer foretaget på hospitaler bør som oftest enten være med lapplastik, transplantat, perioperativ histologisk undersøgelse eller under generel anæstesi pga. mindre komplicerede operationer ofte kan foretages i andre dele af sundhedsvæsenet, hvor de økonomiske omkostninger er lavere. Det er derfor vigtigt at forstå, hvorfor nogle hospitalsafdelinger ligger lavt på indikatoren og om det kan skyldes fejlregistreringer eller manglende registreringer af disse operationsprocedurekoder. Styregruppen vil tage kontakt til de hospitalsafdelinger, der ligger lavest for at forsøge at finde en forklaring på den relativt lave andel af deres excisioner, der foretages med lapplastik, transplantat, peroperativ histologisk undersøgelse (frysemikroskopi) eller generel anæstesi

Indikator 2: Andelen af excisioner på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, hvor der udføres peroperativ histologisk undersøgelse (frysemikroskopi), lapplastik, transplantat eller general anæstesi

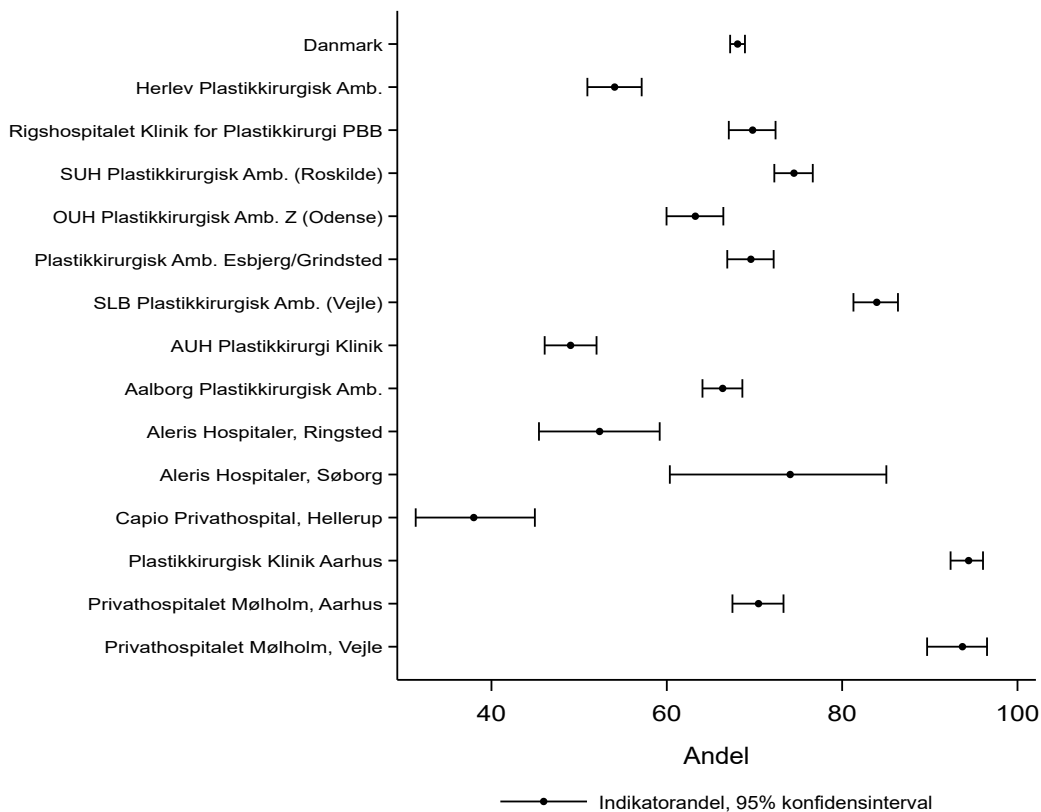
	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Danmark		3.775 / 11.824	0 (0)	31,9	(31,1-32,8)
Hovedstaden		826 / 2.200	0 (0)	37,5	(35,5-39,6)
Sjælland		398 / 1.561	0 (0)	25,5	(23,4-27,7)
Syddanmark		822 / 2.917	0 (0)	28,2	(26,6-29,9)
Midtjylland		575 / 1.128	0 (0)	51,0	(48,0-53,9)
Nordjylland		571 / 1.698	0 (0)	33,6	(31,4-35,9)
Hovedstaden		826 / 2.200	0 (0)	37,5	(35,5-39,6)
Herlev Plastikkirurgisk Amb.		471 / 1.025	0 (0)	46,0	(42,9-49,1)
Rigshospitalet Klinik for Plastikkirurgi PBB		355 / 1.175	0 (0)	30,2	(27,6-32,9)
Sjælland		398 / 1.561	0 (0)	25,5	(23,4-27,7)
SUH Plastikkirurgisk Amb. (Roskilde)		398 / 1.561	0 (0)	25,5	(23,4-27,7)
Syddanmark		822 / 2.917	0 (0)	28,2	(26,6-29,9)
OUH Plastikkirurgisk Amb. Z (Odense)		323 / 879	0 (0)	36,7	(33,6-40,0)
Plastikkirurgisk Amb. Esbjerg/Grindsted		364 / 1.197	0 (0)	30,4	(27,8-33,1)
SLB Plastikkirurgisk Amb. (Vejle)		135 / 841	0 (0)	16,1	(13,6-18,7)
Midtjylland		575 / 1.128	0 (0)	51,0	(48,0-53,9)
AUH Plastikkirurgi Klinik		575 / 1.128	0 (0)	51,0	(48,0-53,9)
Nordjylland		571 / 1.698	0 (0)	33,6	(31,4-35,9)
Aalborg Plastikkirurgisk Amb.		571 / 1.698	0 (0)	33,6	(31,4-35,9)
Privathospitaler					
Aleris Hospitaler, Ringsted		102 / 214	0 (0)	47,7	(40,8-54,6)
Aleris Hospitaler, Søborg		14 / 54	0 (0)	25,9	(15,0-39,7)
Capio Privathospital, Hellerup		129 / 208	0 (0)	62,0	(55,0-68,6)

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Plastikkirurgisk Klinik Aarhus		36 / 646	0 (0)	5,6	(3,9-7,6)
Privathospitalet Mølholm, Aarhus		288 / 975	0 (0)	29,5	(26,7-32,5)
Privathospitalet Mølholm, Vejle		14 / 223	0 (0)	6,3	(3,5-10,3)

Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 2

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.043	Flere excisioner samme dag

Indikator 2: Andelen af excisioner på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, hvor der udføres peroperativ histologisk undersøgelse (frysemikroskopi), lapplastik eller transplantat eller general anæstesi.
Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



4.6 Indikator 3 (plastikkirurgi på hospitaler): Frie resektionsrande

Indikator 3 omhandler andelen af patienter, der efter første excision på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger har frie resektionsrande. Indikator 3 omhandler således kvaliteten af behandlingen, hvor det skal sikres at færrest mulige patienter, har behov for reoperation grundet manglende radikalitet.

For at indgå i indikatoren skal excisionen være sket i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Hvis en patient har fået foretaget flere excisioner samme dag, indgår ingen af excisionerne i indikatoren. Desuden indgår excisioner ikke indikatoren, hvis der ikke er en histologisk eller klinisk vurdering af resektionsrande.

Indikatoren er trukket ud fra patologirekvisitionen.

Indikatorresultater

Af de i alt 9.817 excisioner på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, var der frie resektionsrande ved 8.435. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 86%. Region Nordjylland havde den højeste andel (88%) og Region Midtjylland den laveste (74%). Capio Privathospital i Hellerup (99%) og Rigshospitalet (94%) er de hospitaler, der lå højest mens AUH Plastikkirurgi Klinik (74%) og Herlev (80%) lå lavest.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Formålet med kirurgisk excision af hudkræft, er at opnå fravær af behandlingskrævende recidiv. Dette vil i klinisk praksis betyde, at man ønsker at opnå frie resektionsrande efter operation. Manglende frie resektionsrande medfører som udgangspunkt enten re-operation eller tættere kontrolprogram. Indikatoren afspejler, i hvor stor en andel af operationer med excision, patienten er færdigbehandlet efter operation.

Valg af excisionsafstand ved fjernelse af en hudtumor, er en afvejning mellem risiko for at fjerne unødigt meget væv på potentielt kosmetisk betydende områder og risiko for behov for re-excision, dvs. henholdsvis over- og underbehandling. Ved mere komplekse tumorer er der større risiko for ikke at opnå frie resektionsrande. En lavere andel af frie resektionsrande kan således både afspejle en mere kompleks patientpopulation, såvel som lavere behandlingskvalitet grundet fejlskøn, hvorfor indikatoren skal sammenholdes med den enkelte afdelings patientpopulation. Samtidig vil 100% frie resektionsrande formentlig afspejle overbehandling.

Udover at komplekse patientpopulationer kan reducere andelen med frie resektionsrande, så kan andre faktorer også være med til at forklare manglende frie resektionsrande. Et mindre antal excisioner vil således være foretaget i palliativt øjemed, uden ambition om radikalitet. Disse bør kunne erkendes og trækkes fra tallet, hvis de er registreret med tillægskoden "ZPZA05 proceduresigte palliativ". I disse situationer kan man også altid overveje, om det er nødvendigt at bruge ressourcer på patologisk undersøgelse af præparaterne – og i givet fald om det er nødvendigt med beskrivelse af resektionsrande. Desuden vil et mindre antal excisioner være foretaget med peroperativ histologisk undersøgelse, hvor der ved undersøgelse af hovedpræparatet ikke er frie resektionsrande i dette, men hvor sammenlagt vurdering af peroperative histologisk undersøgelse og postoperativ histologisk undersøgelse gør, at man konkluderer, at der er frie resektionsrande. Denne gruppe vil forventeligt udgøre en mindre del af populationen.

Procedurer, hvor patologibeskrivelsen finder "ingen resttumor" er medtaget som frie resektionsrande, for at inkludere re-excisioner hvor primærtumor er fjernet i indledende biopsi, men man har fundet indikation for re-excision mhp. sikre radikalitet. Det kan være curreterede højrisiko-PCC-tumorer, infiltrerende BCC-tumorer etc.

Vurdering af indikator

Det er vigtigt, at alt tumorvæv fjernes ved excisioner, men risikoen for ikke at have fået fjernet alt tumorvæv foreligger, og det er derfor vigtigt at opføre andelen, der får fjernet alt tumorvæv dvs. andelen af excisioner med frie resektionsrande. Den store variation i andelen af frie resektionsrande på tværs af hospitaler er vigtig for forstå særligt, hvorfor nogle hospitaler ligger langt under 100%. Styregruppen vil tage kontakt til de hospitalsafdelinger, der ligger lavest for at forsøge at finde en forklaring.

Indikator 3: Andelen af patienter, der efter første excision på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger har frie resektionsrande

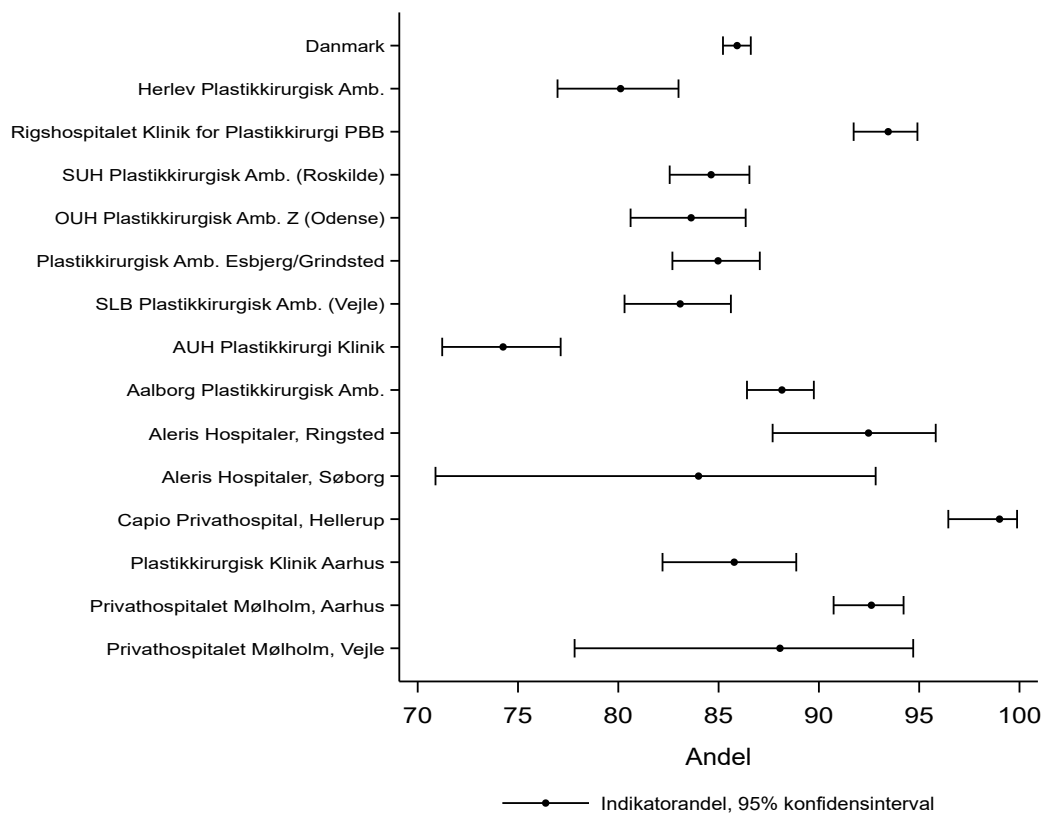
	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Danmark		8.435 / 9.817	2007 (17)	85,9	(85,2-86,6)
Hovedstaden		1.492 / 1.697	503 (23)	87,9	(86,3-89,4)
Sjælland		1.112 / 1.314	247 (16)	84,6	(82,6-86,5)
Syddanmark		2.146 / 2.554	363 (12)	84,0	(82,5-85,4)
Midtjylland		649 / 874	254 (23)	74,3	(71,2-77,1)
Nordjylland		1.325 / 1.503	195 (11)	88,2	(86,4-89,7)
Hovedstaden		1.492 / 1.697	503 (23)	87,9	(86,3-89,4)
Herlev Plastikkirurgisk Amb.		564 / 704	321 (31)	80,1	(77,0-83,0)
Rigshospitalet Klinik for Plastikkirurgi PBB		928 / 993	182 (15)	93,5	(91,7-94,9)
Sjælland		1.112 / 1.314	247 (16)	84,6	(82,6-86,5)
SUH Plastikkirurgisk Amb. (Roskilde)		1.112 / 1.314	247 (16)	84,6	(82,6-86,5)
Syddanmark		2.146 / 2.554	363 (12)	84,0	(82,5-85,4)
OUH Plastikkirurgisk Amb. Z (Odense)		562 / 672	207 (24)	83,6	(80,6-86,4)
Plastikkirurgisk Amb. Esbjerg/Grindsted		916 / 1.078	119 (10)	85,0	(82,7-87,1)
SLB Plastikkirurgisk Amb. (Vejle)		668 / 804	37 (4)	83,1	(80,3-85,6)
Midtjylland		649 / 874	254 (23)	74,3	(71,2-77,1)
AUH Plastikkirurgi Klinik		649 / 874	254 (23)	74,3	(71,2-77,1)
Nordjylland		1.325 / 1.503	195 (11)	88,2	(86,4-89,7)
Aalborg Plastikkirurgisk Amb.		1.325 / 1.503	195 (11)	88,2	(86,4-89,7)
Privathospitaler					
Aleris Hospitaler, Ringsted		172 / 186	28 (13)	92,5	(87,7-95,8)
Aleris Hospitaler, Søborg		42 / 50	4 (7)	84,0	(70,9-92,8)
Capio Privathospital, Hellerup		199 / 201	7 (3)	99,0	(96,5-99,9)

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Plastikkirurgisk Klinik Aarhus		386 / 450	196 (30)	85,8	(82,2-88,9)
Privathospitalet Mølholm, Aarhus		853 / 921	54 (6)	92,6	(90,7-94,2)
Privathospitalet Mølholm, Vejle		59 / 67	156 (70)	88,1	(77,8-94,7)

Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 3

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.043	Flere excisioner samme dag
Uoplyst:	2.007	Ingen info i Patologi

Indikator 3: Andelen af patienter, der efter første excision på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger har frie resektionsrande. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



4.7 Indikator 4 (plastikkirurgi hospitaler): Antibiotika med indikation på hudinfektion

Indikator 4 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres, at andelen med efterfølgende komplikation i form af antibiotikakrævende infektion, er lav.

Indikatoren måler andelen af patienter opereret for hudkræft på en plastikkirurgisk hospitalsafdeling i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025, som efter operation i perioden postoperativ dag 2-30 har fået udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion.

Receptdata er baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I registret er patienter identificeret, der har fået udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion 2-30 dage efter operation af hudkræft på en plastikkirurgisk hospitalsafdeling. Patienter er afgrænset ved behandling med en af nedenstående typer antibiotika og ordineret på baggrund af en af nedenstående indikationer. Patienter indgår ikke i indikatoren, hvis de har fået antibiotika op til operationen eller har fået flere excisioner samme dag eller har fået udleveret antibiotika efter operationen uden der var angivet en indikationskode.

ATC-koder Antibiotika:

- J01CF01 Dicloxacillin
- J01CE02 Phenoxymethylpenicillin
- J01FA06 Roxithromycin
- J01FA10 Azithromycin
- J01FF01 Clindamycin
- J01AA02 Doxycyclin
- J01FA09 Clarithromycin
- J01CF05 Flucloxacillin
- J01MA14 Moxifloxacin
- J01AA07 Tetracyclin
- J01CA01 Ampicillin
- J01FA01 Erythromycin
- J01AA04 Lyme cyclin

Indikation koder:

- 0000084 mod infektion
- 0000124 mod svær infektion
- 0000312 mod betændelse
- 0000417 mod hud- og bløddelsinfektion

Indikatorresultater

Blandt 11.548 opererede patienter fik 1.410 udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion 2-30 dage efter operationen. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 12,5%. Andelen er højest i Region Midtjylland (16,5%) og lavest i Region Hovedstaden (11,4%). Variationen er stor på tværs af hospitaler med den laveste andel på 2,9% til 5,6% på tre privathospitaler (Aleris Hospitaler i

Ringsted, Aleris Hospitaler i Søborg, Capio Privathospital i Hellerup og Privathospitalet Mølholm i Vejle) og den højeste andel på AUH Plastikkirurgi Klinik (16,5 %) og Privathospitalet Mølholm i Aarhus (14,6 %).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Infektion, som kræver antibiotikabehandling, efter excision er en bivirkning, som ikke helt kan undgås. Infektionsraten forventes højere ved mere komplekse indgreb, heriblandt rekonstruktion med transplantat eller lapplastik.

Der ses stor variation på tværs af hospitaler i andelen af patienter, der efter operation for hudkræft får udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion. Styregruppen vil undersøge, hvad den store variation kan skyldes og særligt kontakte de hospitaler med en stor andel infektioner for at forstå, hvorfor de ligger så højt.

Typen af antibiotika præparater og indikationer er forholdsvis bredt definerede i indikatoren, så de 12,5% med infektion på landsplan er sandsynligvis en overestimering af andelen, der får infektioner i operationscikatricen. Dels vil nogle inkluderede patienter formentlig få antibiotika af anden årsag, dels gives antibiotika ofte ud fra klinisk skøn, hvor særligt infektionstegnet "rødme af hud" kan forekomme fx omkring et delhudstransplantat, også uden klinisk betydende infektion.

Andelen med antibiotika udleveret efter behandling på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger (12,5%) er langt højere end efter behandling i dermatologisk speciallægepraksis (2,0%). Det kan skyldes en række faktorer, heriblandt højere infektionsrisiko pga. større indgreb (excision af større tumor vs. curretage), større huddefekter (som persisterer længere ved fx hudtransplantation), lavere tærskel for behandling pga. større konsekvens ved infektion (cikatricedehiscens, tabt lap/transplantat, mm).

Som det ses på søjlediagrammet ovenfor, udleveres der en del antibiotika på dag 0 og 1 efter operation. Indikatoren måler dog på antibiotika udleveret fra dag 2 efter operation og fremad, og medtager således ikke patienter, som får ordineret profylaktisk antibiotika i forbindelse med operationen (som ofte udleveres på dag 0 eller 1). På samme måde medregnes det heller ikke, hvis en kirurg udsteder en recept i forbindelse med operation, som kan indløses ved senere infektionstegn. En lav infektionsandel målt på indikatoren, kan derfor både skyldes lav infektionsrate, men kan også skyldes brug af profylaktisk antibiotika/udstedelse af "sikkerhedsrecepter" eller lignende.

Vurdering af indikator

Indikatoren er vigtig pga. det er vigtigt, at der er lav risiko for komplikationer i forbindelse med operation for hudkræft.

Lægemiddelstatistikregistret vurderes som værende en valid datakilde til at opgøre andelen af patienter, der får ordineret antibiotika mod infektion efter behandling.

Indikator 4: Andelen af patienter, der efter operation er udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion

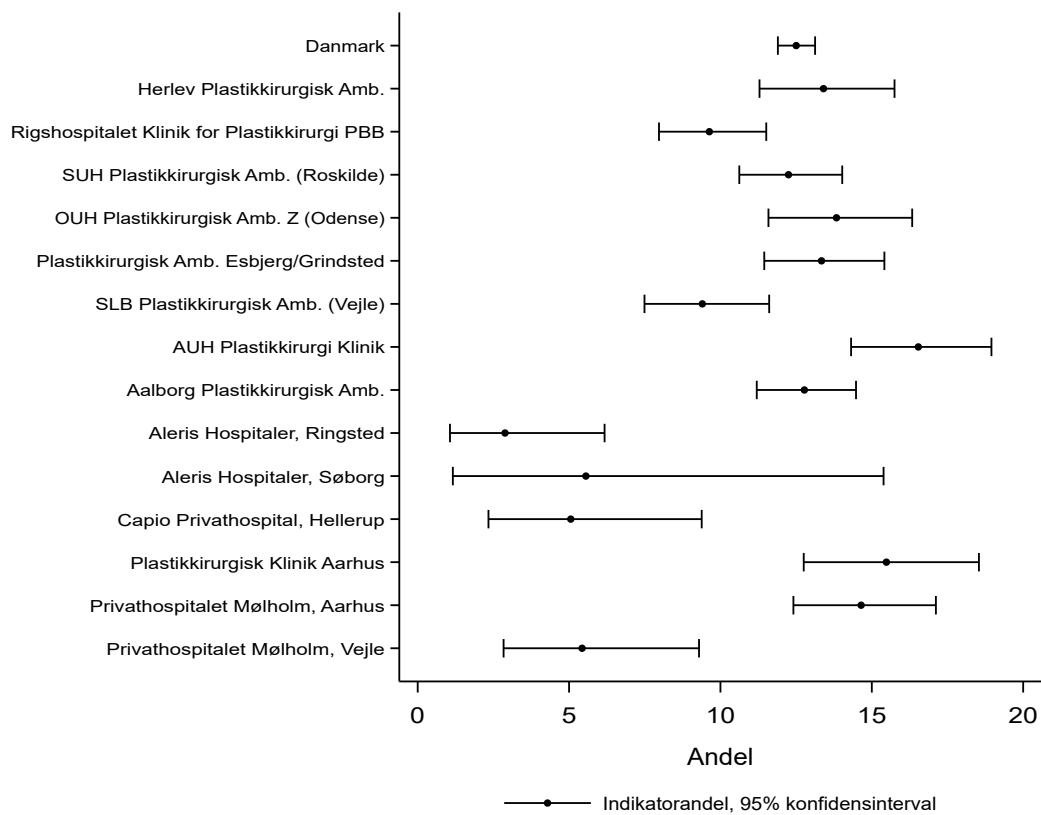
	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Danmark		1.410 / 11.278	37 (0)	12,5	(11,9-13,1)
Hovedstaden		234 / 2.061	5 (0)	11,4	(10,0-12,8)
Sjælland		182 / 1.486	5 (0)	12,2	(10,6-14,0)
Syddanmark		352 / 2.849	5 (0)	12,4	(11,2-13,6)
Midtjylland		170 / 1.028	3 (0)	16,5	(14,3-19,0)
Nordjylland		211 / 1.652	14 (1)	12,8	(11,2-14,5)
Hovedstaden		234 / 2.061	5 (0)	11,4	(10,0-12,8)
Herlev Plastikkirurgisk Amb.		126 / 940	2 (0)	13,4	(11,3-15,8)
Rigshospitalet Klinik for Plastikkirurgi PBB		108 / 1.121	3 (0)	9,6	(8,0-11,5)
Sjælland		182 / 1.486	5 (0)	12,2	(10,6-14,0)
SUH Plastikkirurgisk Amb. (Roskilde)		182 / 1.486	5 (0)	12,2	(10,6-14,0)
Syddanmark		352 / 2.849	5 (0)	12,4	(11,2-13,6)
OUH Plastikkirurgisk Amb. Z (Odense)		118 / 853	2 (0)	13,8	(11,6-16,3)
Plastikkirurgisk Amb. Esbjerg/Grindsted		157 / 1.177	2 (0)	13,3	(11,4-15,4)
SLB Plastikkirurgisk Amb. (Vejle)		77 / 819	1 (0)	9,4	(7,5-11,6)
Midtjylland		170 / 1.028	3 (0)	16,5	(14,3-19,0)
AUH Plastikkirurgi Klinik		170 / 1.028	3 (0)	16,5	(14,3-19,0)
Nordjylland		211 / 1.652	14 (1)	12,8	(11,2-14,5)
Aalborg Plastikkirurgisk Amb.		211 / 1.652	14 (1)	12,8	(11,2-14,5)
Privathospitaler					
Aleris Hospitaler, Ringsted		6 / 208	1 (0)	2,9	(1,1-6,2)
Aleris Hospitaler, Søborg		3 / 54	0 (0)	5,6	(1,2-15,4)
Capio Privathospital, Hellerup		9 / 178	0 (0)	5,1	(2,3-9,4)

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Plastikkirurgisk Klinik Aarhus		98 / 633	3 (0)	15,5	(12,8-18,5)
Privathospitalet Mølholm, Aarhus		133 / 908	1 (0)	14,6	(12,4-17,1)
Privathospitalet Mølholm, Vejle		12 / 221	0 (0)	5,4	(2,8-9,3)

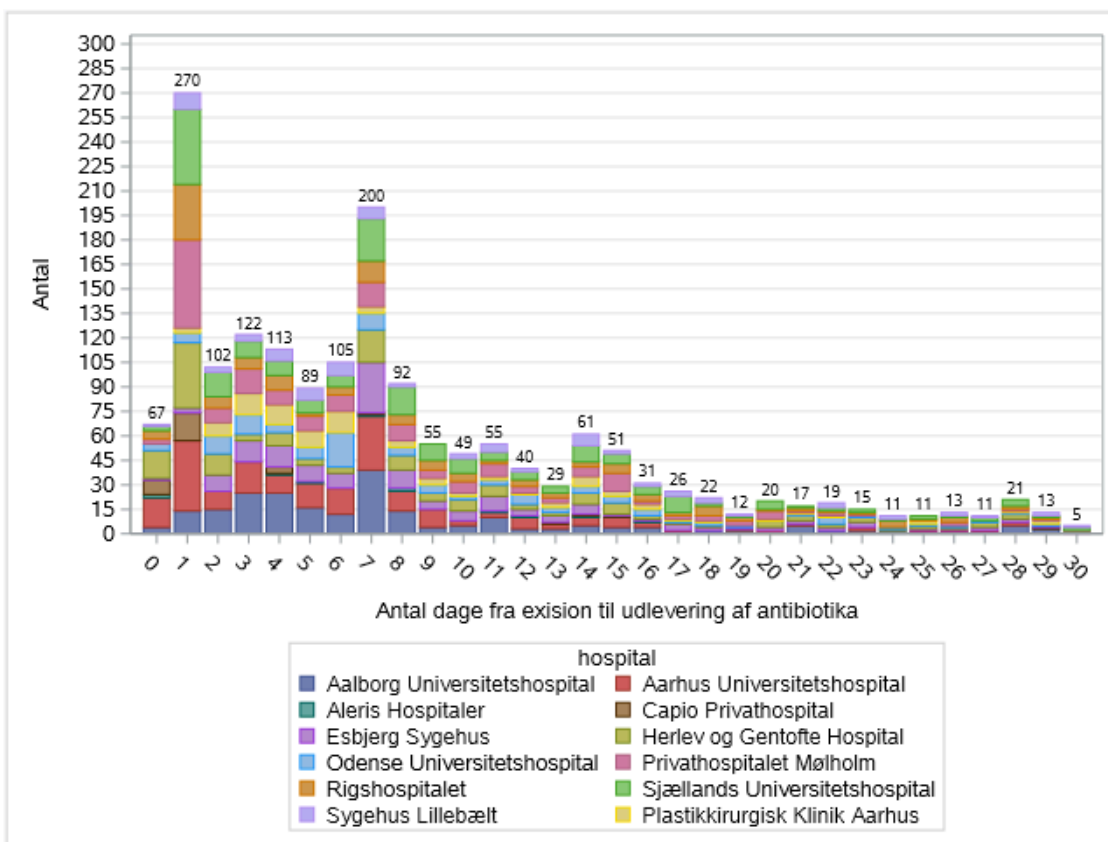
Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 4

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.043	Flere excisioner samme dag
	232	Antibiotika før excision
	277	Antibiotika udleveret på dag 1 post operativt
Uoplyst:	37	Mangler indikation på recept

Indikator 4: Andelen af patienter, der efter operation har fået udleveret antibiotika med indikation på hudinfektion. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Hyppighed antibiotika er udleveret med indikation på hudinfektion fordelt i perioden 0-30 dage efter operation



4.8 Indikator 5 (plastikkirurgi hospitaler): Flere besøg end forventet efter operation, hvor radikalitet er opnået

Indikator 5 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres, at patienter ikke har komplikationer, som giver behov for ekstra besøg i forhold til forventet. Indikatoren måler andelen af patienter, hvor der er opnået radikalitet (frie resektionsrande) efter operation, som har flere end 2 besøg indenfor 2 mdr. efter operation.

For at indgå i indikatoren skal patienten med hudkræft være opereret med excision på en plastikkirurgisk hospitalsafdeling i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Patienter, der ikke har frie resektionsrande efter excision, indgår ikke i indikatoren.

Indikatorresultater

Af de i alt 8.926 patienter opereret på en plastikkirurgisk hospitalsafdeling med frie resektionsrande, havde 1.267 flere besøg end forventet. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 14%. Der sås store regionale forskelle, med den højeste andel med flere besøg end forventet i Region Hovedstaden (23%) og den laveste i Region Nordjylland (11%). Andelen med flere besøg end forventet varierede meget mellem hospitaler og lå højest på Privathospitalet Mølholm i Vejle (27%), Aleris Hospital i Søborg (24%), Herlev Hospital (23%) og Rigshospitalet (23%).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Som udgangspunkt forventes en plastikkirurgisk operationspatient at få foretaget excision og efterfølgende suturfjernelse eller udpakning af transplantat. Ved velindhelet cikatrice/lap/transplantat, vil der for flertallets vedkommende ikke være behov for yderligere besøg inden for 2 måneder. Patienter, med 3 besøg eller flere, må i vid udstrækning antages at skyldes ekstra kontroller grundet helingsproblemer, gracile transplantater, manglende transplantatanslag eller lignende. Blandt en mindre andel af de patienter med 3 besøg eller flere, vil der dog være tale om planlagte ekstra besøg, der ikke skyldes komplikationer, heriblandt planlagte flerstadieoperationer med stilkede lapper, dermale substitutter mm.

Det kan ses at, andelen af patienter modtaget på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, der har flere besøg end forventet efter radikalitet er opnået, varierer både på tværs af regioner og hospitaler.

Vurdering af indikator

Indikatoren er vigtig pga. patienter, der opereres på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, bør have en lav risiko for komplikationer. Det er derfor vigtigt at forstå, hvorfor der på nogle hospitalsafdelinger er en stor andel (nogle steder helt op til ca. 25%) med flere besøg end forventet efter operation med frie resektionsrande. Styregruppen vil tage kontakt til de hospitalsafdelinger, der ligger højest for at finde en forklaring på, hvorfor de har så stor andel patienter med flere besøg end forventet efter operation, hvor radikalitet er opnået.

Indikator 5: Andelen af patienter, hvor der er opnået radikalitet (frie resektionsrande) og der efter operation er flere besøg end forventet (mere end 2 besøg indenfor 2 mdr. efter operation)

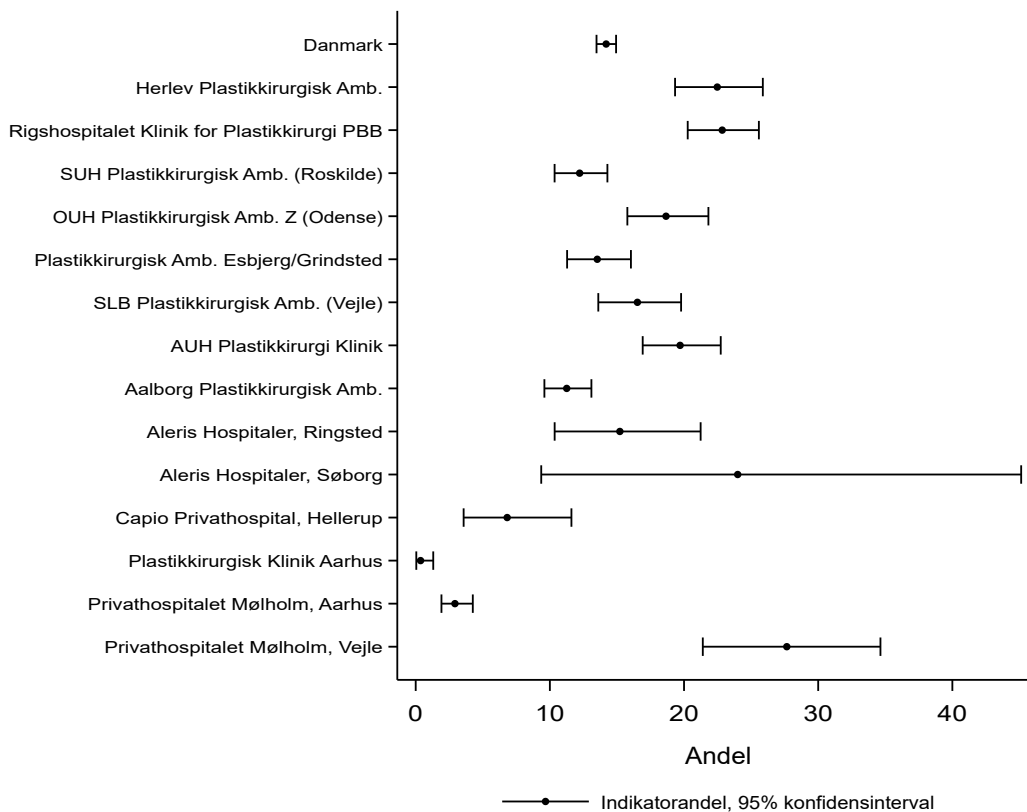
	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal (%)	01.07.2024 - 30.06.2025 Andel	95% CI
Danmark		1.267 / 8.926	0 (0)	14,2	(13,5-14,9)
Hovedstaden		375 / 1.652	0 (0)	22,7	(20,7-24,8)
Sjælland		136 / 1.113	0 (0)	12,2	(10,4-14,3)
Syddanmark		335 / 2.092	0 (0)	16,0	(14,5-17,7)
Midtjylland		148 / 751	0 (0)	19,7	(16,9-22,7)
Nordjylland		147 / 1.306	0 (0)	11,3	(9,6-13,1)
Hovedstaden		375 / 1.652	0 (0)	22,7	(20,7-24,8)
Herlev Plastikkirurgisk Amb.		147 / 654	0 (0)	22,5	(19,3-25,9)
Rigshospitalet Klinik for Plastikkirurgi PBB		228 / 998	0 (0)	22,8	(20,3-25,6)
Sjælland		136 / 1.113	0 (0)	12,2	(10,4-14,3)
SUH Plastikkirurgisk Amb. (Roskilde)		136 / 1.113	0 (0)	12,2	(10,4-14,3)
Syddanmark		335 / 2.092	0 (0)	16,0	(14,5-17,7)
OUH Plastikkirurgisk Amb. Z (Odense)		125 / 670	0 (0)	18,7	(15,8-21,8)
Plastikkirurgisk Amb. Esbjerg/Grindsted		113 / 835	0 (0)	13,5	(11,3-16,0)
SLB Plastikkirurgisk Amb. (Vejle)		97 / 587	0 (0)	16,5	(13,6-19,8)
Midtjylland		148 / 751	0 (0)	19,7	(16,9-22,7)
AUH Plastikkirurgi Klinik		148 / 751	0 (0)	19,7	(16,9-22,7)
Nordjylland		147 / 1.306	0 (0)	11,3	(9,6-13,1)
Aalborg Plastikkirurgisk Amb.		147 / 1.306	0 (0)	11,3	(9,6-13,1)
Privathospitaler					
Aleris Hospitaler, Ringsted		28 / 184	0 (0)	15,2	(10,4-21,2)
Aleris Hospitaler, Søborg		6 / 25	0 (0)	24,0	(9,4-45,1)
Capio Privathospital, Hellerup		12 / 176	0 (0)	6,8	(3,6-11,6)

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
			antal	01.07.2024 - 30.06.2025	
			(%)	Andel	95% CI
Plastikkirurgisk Klinik Aarhus		2 / 550	0 (0)	0,4	(0,0-1,3)
Privathospitalet Mølholm, Aarhus		26 / 889	0 (0)	2,9	(1,9-4,3)
Privathospitalet Mølholm, Vejle		52 / 188	0 (0)	27,7	(21,4-34,6)

Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 5

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.879	Ingen excision i forløb
	968	Ikke frie resektionsrande

Indikator 5: Andelen af patienter, hvor der er opnået radikalitet (frie resektionsrande) og der efter operation er flere besøg end forventet (mere end 2 besøg indenfor 2 mdr. efter operation). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



5. Resultater for supplerende indikatorer

Fra årsrapport 2023/2024 har man valgt at indikator 1a-1c skal opgøres som supplerende indikatorer fremfor egentlige indikatorer, som de har været hidtil. Dette er valgt pga. målopfyldelsen i mange år har været aldeles tilfredsstillende og der derfor ikke længere er behov for at følge dem tæt.

Opgørelsen af de supplerende indikatorer (indikator 1a-1c) er opgjort på baggrund af følgende patientpopulation:

- Indikator 1 kræver op til 3 måneders opfølgningstid. Andelen af histologisk verificerede tumorer er således opgjort for tumorer diagnosticeret i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Disse tumorer er derefter potentielt fulgt frem til 30. september 2025.

De supplerende indikatorer (1a-1c) opgøres på tumorniveau, da disse er relateret til resultater for den enkelte tumor.

5.1 Indikator 1 (dermatologisk speciallægepraksis): Diagnostik

Indikator 1 omhandler kvaliteten i udredningsforløbet, hvor det skal sikres at diagnosen verificeres histologisk. Korrekt diagnosticering er vigtig, for at sikre at patienten får den rette behandling. Særligt for SCC er det vigtigt med histologisk verifikation, da denne type har større risiko for metastasering. Indikatoren baserer sig på de registrerede histologiske vurderinger indtastet af dermatologen på baggrund af laboratoriesvar. Tumorer der henvises til andet speciale, indgår ikke, da formålet med indikatoren er at vurdere patienter, der er færdigbehandlet i speciallægepraksis. Desuden tager denne eksklusion højde for forskellig regional praksis af histologisk registrering ved viderehenvisning.

For at indgå i indikatoren skal tumoren være diagnosticeret i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Derefter følges denne potentielt frem til 30. september 2025. Indikatoren er opgjort på tumorniveau.

5.1.1 Indikator 1a (dermatologisk speciallægepraksis): Basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

Indikatorresultater

Blandt 28.561 registrerede BCC var 27.614 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikatorværdi på 97%, hvilket er over det fastlagte udviklingsmål på minimum 90%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 96% og 98%, og alle regioner ligger således over udviklingsmålet ligesom de forrige år, på nær Region Nordjylland i perioden 2017/18 til 2019/20.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser fortsat på tilfredsstillende vis en uændret verifikation og registrering af histologi af BCC sammenlignet med tidligere år. Variationen mellem regioner er blevet mindre over de seneste år.

Vurdering af indikator

Histologisk verificering af BCC er vigtig i forhold til kvaliteten af behandlingerne, idet behandlingsvalg kan være afhængig af histologisk undertype. Da indikatoren har været opfyldt i flere år, og histologisk verificering således er etableret som rutine i klinikken for hovedparten af karcinomer, kan det overvejes om indikatoren skal skifte fokus til udvalgte undergrupper, hvor praksis antages at variere.

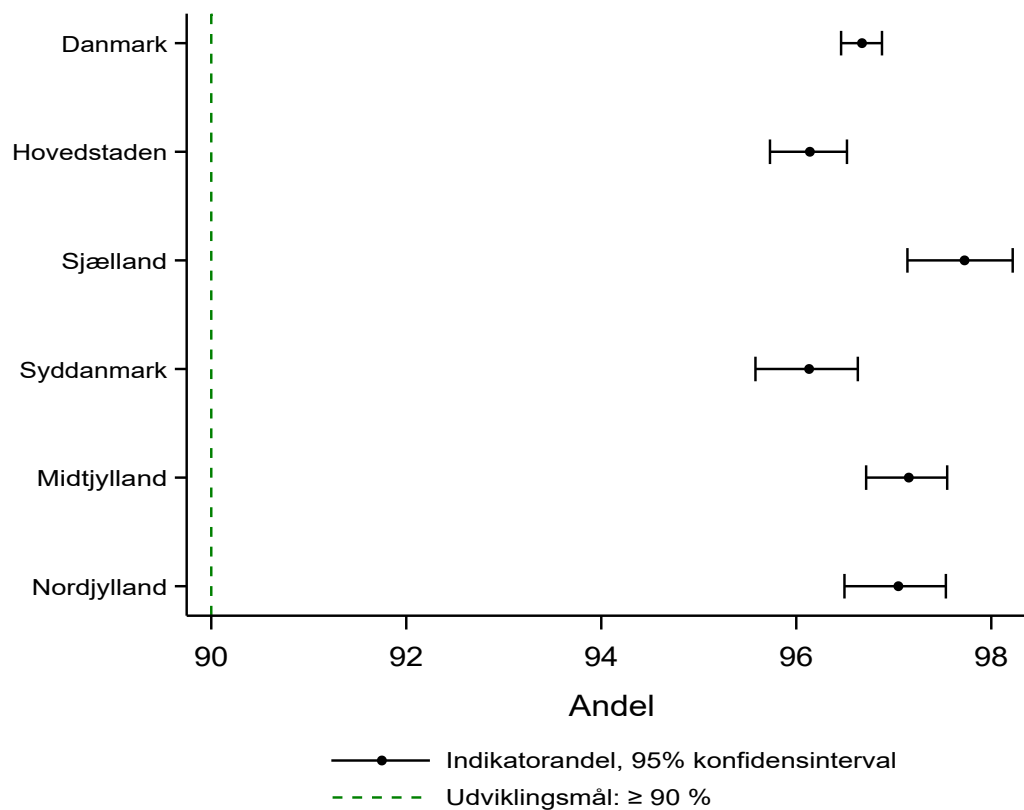
Tabel 21. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.07.2024 - 30.06.2025		2023/24	2022/23
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	27.614 / 28.564	2080 (7)	96,7	(96,5-96,9)	96,3	96,1
Hovedstaden	Ja	9.040 / 9.403	713 (7)	96,1	(95,7-96,5)	96,0	96,7
Sjælland	Ja	3.051 / 3.122	106 (3)	97,7	(97,1-98,2)	97,3	98,8
Syddanmark	Ja	5.169 / 5.377	229 (4)	96,1	(95,6-96,6)	95,9	96,0
Midtjylland	Ja	6.213 / 6.395	702 (10)	97,2	(96,7-97,5)	95,8	95,1
Nordjylland	Ja	4.141 / 4.267	330 (7)	97,0	(96,5-97,5)	97,4	93,9

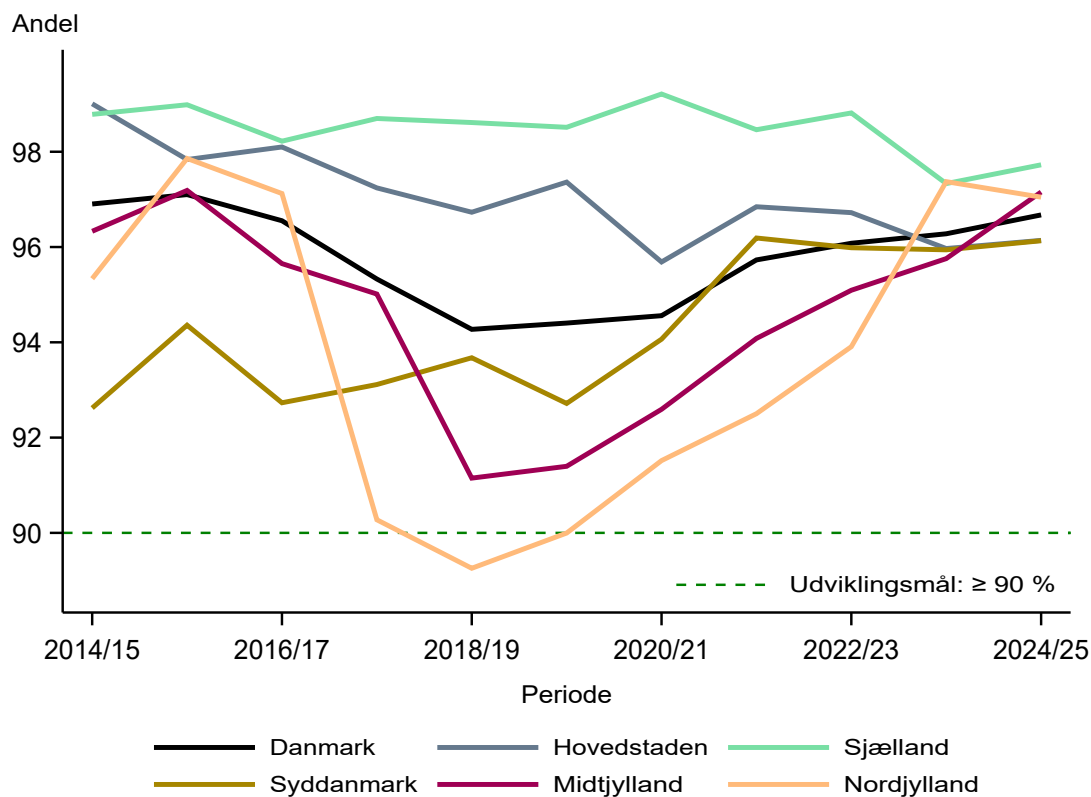
Tabel 22. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 1a

	Antal	Årsag
Eksklusion:	12.284	Ikke basocellulært karcinom
	7.924	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	2.080	Histologisk vurdering uoplyst

Figur 15. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. kontrolgraf på regionsniveau.



Figur 16. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



5.1.2 Indikator 1b (dermatologisk speciallægepraksis): Planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

Indikatorresultater

Blandt 1.747 registrerede SCC var 1.740 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikatorværdi på 100%, hvilket er over det fastlagte udviklingsniveau på minimum 98%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 98% og 100%. Alle regioner ligger over udviklingsmålet.

Region Midtjylland har en højere andel af uoplyste (17%).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser på tilfredsstillende vis uændret opfyldelse af indikatoren. Alle tilfælde med manglende opfyldelse er gennemgået i tidligere år, hvor behandlingsvalg og lokalisation tyder på, at andre patienthensyn har gjort sig gældende, således at histologisk verificering har været irrelevant.

Den højere andel af uoplyste i Region Midtjylland kan skyldes mangel på ressourcer bl.a. forlænget ventetid på svar fra patologerne, som medfører, at histologisvaret først udfyldes ved den efterfølgende kontrol.

Vurdering af indikator

Histologisk verificering af SCC er vigtig i forhold differentiering med øvrige tumorer i huden, da der er større risiko for metastasering. Der er ligeledes andre retningslinjer for behandling af SCC sammenlignet med BCC. Indikatoren er vigtig, men da indikatoren i alle årene har ligget tilfredsstillende højt, er der ikke længere et forbedringspotentiale. Det kan således overvejes om indikatoren på sigt skal udgå.

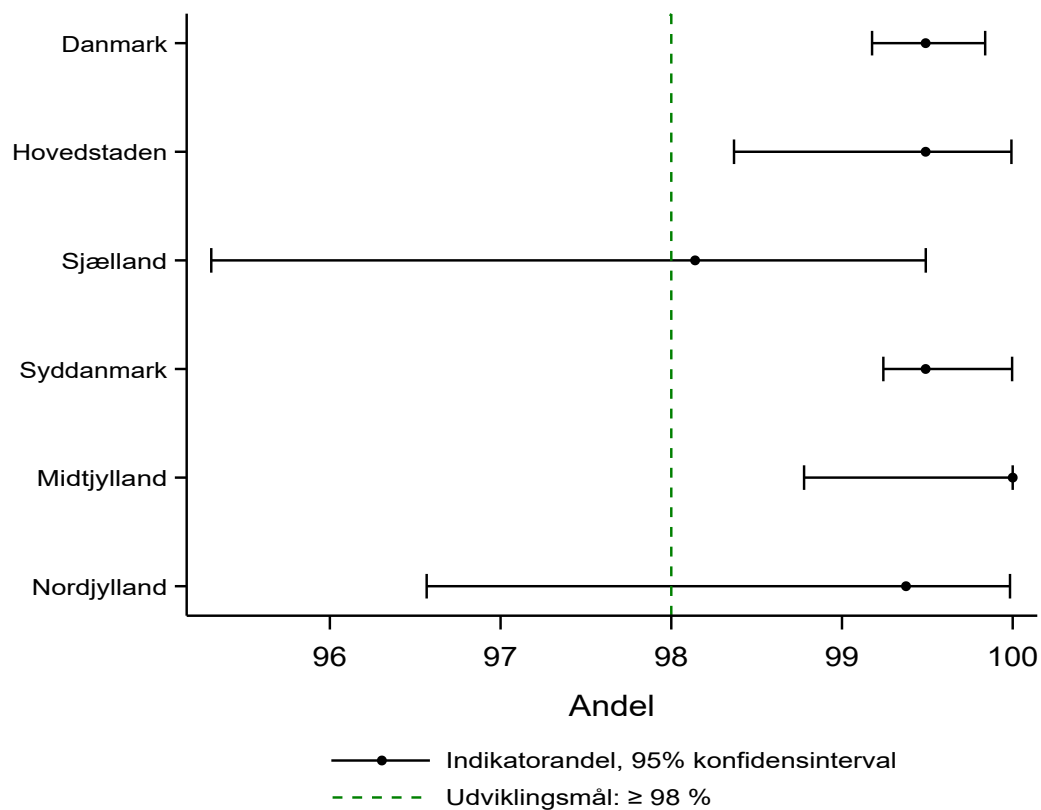
Tabel 23. Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.07.2024 - 30.06.2025		Tidligere år	
	≥ 98%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2023/24 Andel	2022/23 Andel
	opfyldt						
Danmark	Ja	1.740 / 1.747	122 (7)	99,5	(99,2-99,8)	99,5	99,5
Hovedstaden	Ja	338 / 339	16 (5)	99,5	(98,4-100,0)	100,0	99,5
Sjælland	Ja	211 / 215	17 (7)	98,1	(95,3-99,5)	98,9	99,3
Syddanmark	Ja	732 / 733	13 (2)	99,5	(99,2-100,0)	100,0	99,5
Midtjylland	Ja	300 / 300	63 (17)	100,0	(98,8-100,0)	100,0	100,0
Nordjylland	Ja	159 / 160	13 (8)	99,4	(96,6-100,0)	100,0	100,0

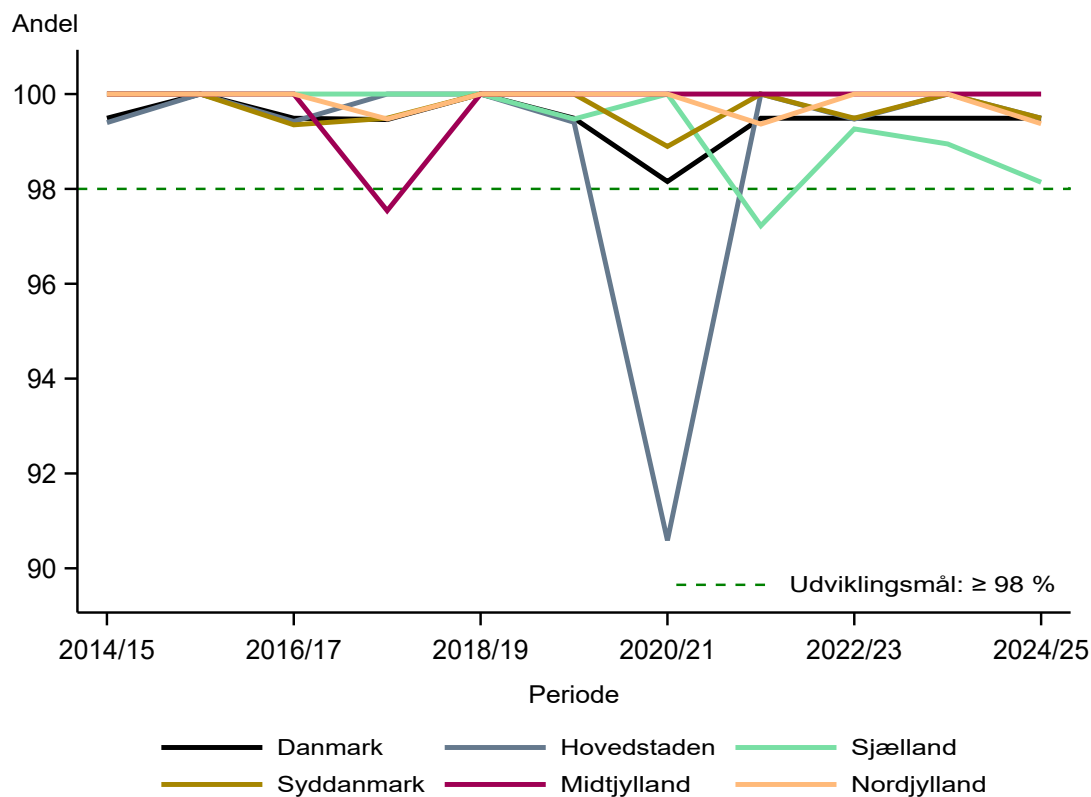
Tabel 24. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 1b

	Antal	Årsag
Eksklusion:	47.236	Ikke planocellulært karcinom
	1.747	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	122	Histologisk vurdering uoplyst

Figur 17: Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 18: Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



5.1.3 Indikator 1c (dermatologisk speciallægepraksis): Keratoakantomer, som histologisk verificeres

Indikatorresultater

Blandt 595 registrerede keratoakantomer var 592 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikator værdi på 100%, hvilket er over det fastlagte udviklingsniveau på minimum 98%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 99% og 100%. Alle regioner ligger over udviklingsmålet.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser på tilfredsstillende vis en uændret verifikation og registrering af histologi af keratoakantomer sammenlignet med foregående år. Figur 6 viser over tid stor ensartethed mellem regionerne af histologisk verificering af keratoakantomer.

Det absolutte antal keratoakantomer er fortsat stigende, ligesom sidste år. Dette forklares formentlig af den ændrede WHO-klassifikation af tumor. Således registreres keratoakantom nu som højtdifferentieret planocellulært karcinom af variant som keratoakantom. Keratoakantomer adskiller sig fra SCC ud fra anamnese og kliniske vurdering, og behandlingsrekommandationerne adskiller sig fortsat fra behandlingen af SCC. Fra årsrapport (2022/23) blev algoritmen ligeledes ændret så klinisk vurdering vægter højere end patologisk svar ved keratoakantomer.

Vurdering af indikator

Indikatoren er vigtig, men da indikatoren i alle årene har ligget tilfredsstillende højt, er der ikke længere et forbedringspotentiale. Det kan således overvejes om indikatoren på sigt skal udgå.

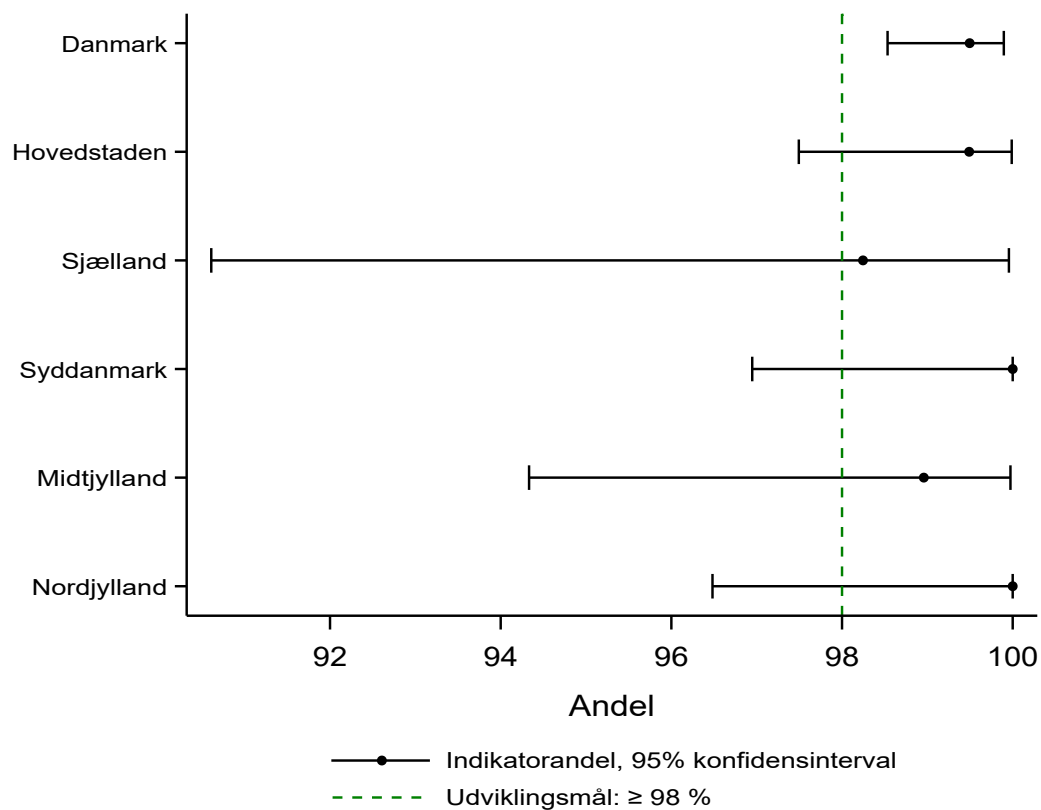
Tabel 25. Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres

	Udviklingsmål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		≥ 98%	Tæller/	antal	01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24	2022/23
		opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel
Danmark	Ja	592 / 595	71 (11)	99,5	(98,5-99,9)	99,5	99,5
Hovedstaden	Ja	219 / 220	26 (11)	99,5	(97,5-100,0)	100,0	100,0
Sjælland	Ja	56 / 57	6 (10)	98,2	(90,6-100,0)	100,0	97,5
Syddanmark	Ja	119 / 119	4 (3)	100,0	(96,9-100,0)	99,2	100,0
Midtjylland	Ja	95 / 96	25 (21)	99,0	(94,3-100,0)	99,0	100,0
Nordjylland	Ja	103 / 103	10 (9)	100,0	(96,5-100,0)	100,0	100,0

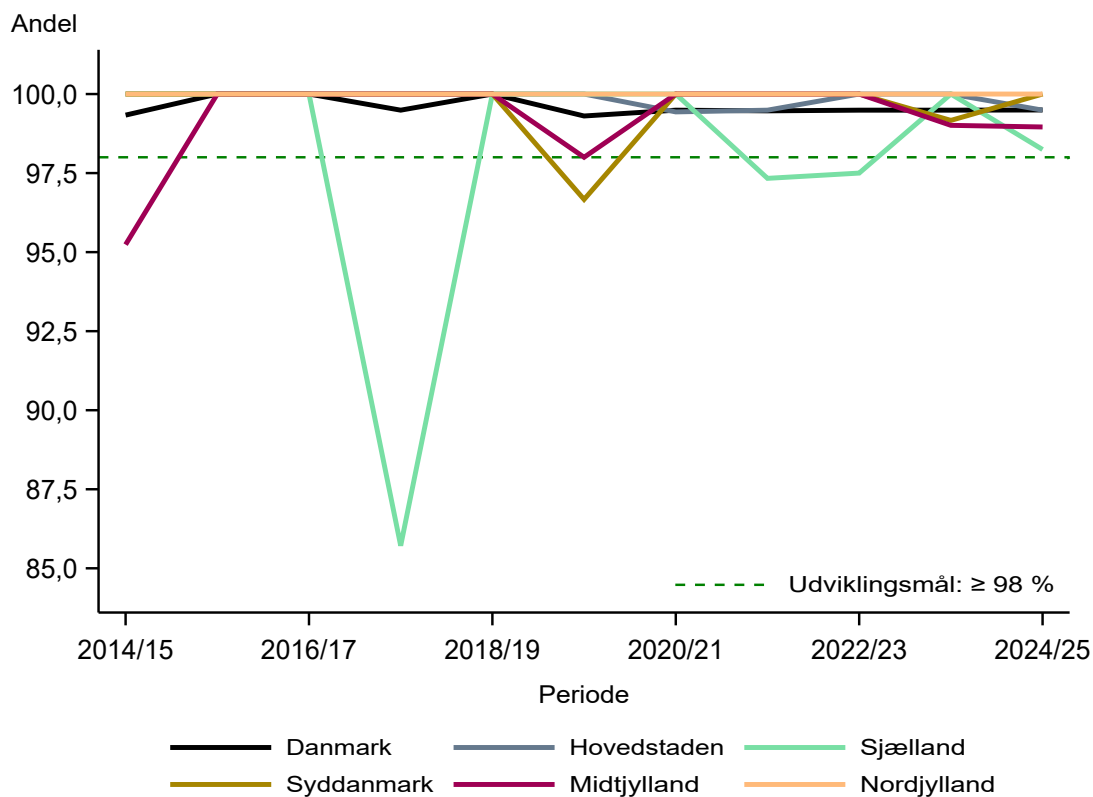
Tabel 26. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste for indikator 1c

	Antal	Årsag
Eksklusion:	49.930	Ikke keratoakantom
	256	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	71	Histologisk vurdering uoplyst

Figur 19: Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 20: Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Rapporten henvender sig primært til de sundhedsfaglige miljøer indenfor behandling af hudkræft. Rapporten omfatter patienter med hudkræft (BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantom) behandlet i speciallægepraksis i perioderne 1. juli 2023 - 30. juni 2024 og 1. juli 2024 - 30. juni 2025 samt patienter med hudkræft behandlet på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger eller onkologiske hospitalsafdelinger i perioden og 1. juli 2024 - 30. juni 2025.

BCC er den langt hyppigste form for kræft i Danmark. Ifølge Cancerregisteret blev der i 2024 registreret 17.007 tilfælde af BCC (se bilagstabel 8 i https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638863629605245206/Kraefttilf%C3%A6lde_2024.pdf). Da Cancerregisteret kun registrerer første gang en person får konstateret BCC er det reelle antal årlige behandlinger af hudcancer langt højere, hvilket også ses i denne rapport. BCC metastaserer ekstremt sjældent, og ifølge cancer.dk er der stort set ikke dødelighed ved BCC (<https://www.cancer.dk/hudkraeft-hudcancer/fakta/statistik/basalcellekraeft/>). Grundet BCCs hyppighed er sygdommen en samfundsøkonomisk udfordring. Mulige behandlinger varierer i pris, tilgængelighed og effekt.

Ifølge Sundhedsdatastyrelsens udgivelse baseret på tal fra Cancerregisteret 2024 var der 3.119 nye tilfælde SCC (non-melanom hudkræft eksklusiv basalcellekræft) blandt mænd og 2.645 blandt kvinder nye tilfælde af SCC (Se bilagstabel 3-4 i https://sundhedsdatastyrelsen.dk/Media/638863629605245206/Kraefttilf%C3%A6lde_2024.pdf). Histologisk verificering er særlig vigtig, da SCC har højere risiko for metastasering. Den præcise risiko vides ikke, men over en femårig periode fra 2019 til 2023 var der registreret 324 dødsfald i Danmark dvs. i gennemsnit 65 dødsfald årligt ifølge NORDCAN (https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/tables?types=1&sexes=0&cancers=300&years=2019_2023&group_years=1).

Mb. Bowen er et in situ karcinom og kan i enkelte tilfælde udvikle sig til SCC. Det præcise antal årlige tilfælde kendes ikke.

Keratoakantomer adskiller sig fra SCC ud fra anamnese og kliniske vurdering, men histologisk kan det være vanskeligt at adskille SCC og keratoakantomer. Behandlingsrekommendationerne adskiller sig fortsat fra behandlingen af SCC.

Nærværende rapport beskriver indikatorer og de tilhørende kvalitetsudviklingsmål for behandling af BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantom i henhold til diagnostik, kontrol, recidivfrihed og komplikationer. Afrapportering af disse faktorer gør, at kvaliteten af behandlingen af denne patientgruppe løbende kan monitoreres, dokumenteres og evalueres med henblik på at nå de fastsatte indikatorers kvalitetsudviklingsmål for behandlingen.

7. Datagrundlag

Udredning og behandling af hudkræft foretages i mange forskellige specialer og formentlig foretages det største antal af behandlinger i dermatologisk speciallægepraksis i alle regioner. Fordelingen af hudkræfttilfældene i de forskellige specialer (dermatologi, plastikkirurgi, onkologi, Øre-Næse-Halskirurgi, oftalmologi og almen praksis) er ikke fuldt ud kendt, men formentlig således, at de mest komplicerede tilfælde, henvises til hospitalsbehandling, der overvejende varetages i plastikkirurgi, onkologi og dermatologi

I årsrapportens opgørelser om hhv. plastikkirurgisk og onkologisk behandling af patienter med hudkræft, kan det ses at hovedparten af patienter, der henvises til plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, bliver henvist fra dermatologisk speciallægepraksis mens henvisninger til onkologisk behandling oftest sker fra de plastikkirurgiske enheder på hospitalerne.

Speciallægepraksis indberetter manuelt til Hudkræftdatabasen via det webbaserede inddateringssystem Sentinel, som varetages af sundhed.dk. Der udfyldes et behandlingsskema med basisoplysninger, når patienten får konstateret en tumor, og samtidigt oprettes patienten i databasen Ved kontroller udfyldes et kontrolskema, som ved hjælp af et specifikt tumor-id kan kobles til behandlingsskemaet. Tidspunktet for første og evt. anden kontrol kan variere meget fra patient til patient. Det vil snarligt være muligt at tilgå en kvalitetsrapport, som viser den praksis-specifikke dækningsgrad sammenholdt med regionalt og nationalt niveau for at øge incitamentet til at indberette.

Der er indberetningspligt til Cancerregisteret og data sendes til Cancerregisteret samtidig med registreringen i Hudkræftdatabasen.

Datasættet til denne årsrapport 2024/2025 er frosset 30. september 2025.

8. Dækningsgrad, overensstemmelsesgrad og datakomplethed for dermatologisk speciallægepraksis

Der har gennem mange år været mangelfuld registrering af antallet af nye hudkræfttilfælde i Danmark. Nye tilfælde af hudkræft anmeldes til Cancerregistret, men Cancerregistret anslår, at kun cirka 50% af nye tilfælde af hudkræft anmeldes (Cancerregistret 2007). Det er ikke muligt at få eksakte tal for antallet af nye hudkræft i Danmark eller i andre lande på grund af mangelfuld registrering. Det er målet, at databasen opnår komplet registrering af alle tilfælde af hudkræft behandlet i dermatologisk regi med hensyn til tumortype, størrelse, valg af behandlingsmodalitet og prognose med henblik på at forbedre behandlingen af hudkræft i Danmark.

Dataudtræk fra Patologiregisteret anvendes som reference til vurdering af Hudkræftdatabasens komplethedegrad. Patologiregisteret blev oprettet 1. april 1997 for centralt at indsamle data om landets pato-anatomiske afdelingers ydelser. Siden 1. juli 1997 har der været obligatorisk indberetningspligt til Patologiregisteret. Indberetning til registeret foregår elektronisk, og der foretages daglige indberetninger af de pato-anatomiske undersøgelser fra patologiafdelingerne til Sundhedsstyrelsen. Kodningen i Patologiregisteret foregår via den danske version af SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) for Patologi, der anvendes som klassifikations- og nomenklatursystem for kodning og registrering af pato-anatomiske diagnoser.

Indberetninger fra dermatologisk speciallægepraksis til Hudkræftdatabasen for perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025 er sammenlignet med registreringer i Patologiregisteret, idet samkøring af data er sket på patientniveau ved hjælp af CPR-nummer og dato. For at blive koblet skal rekvireringsdatoen ligge inden for +/- 3 måneder efter dato for oprettelse af behandlingsskema. For at indgå i analyserne omkring dækningsgraden skal patienter i Hudkræftdatabasen have et udfyldt behandlingsskema og én af følgende ved den histologiske, eller alternativt kliniske, vurdering: BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantomer.

Der er anvendt data fra Patologiregisteret fra patienter, som har en topografikode i områderne:

T021*, T022*, T023*, T024*, T025*, T026*, T028*, T01000 eller T015*

og samtidig en malign morfologidiagnose (frasat koder, der slutter på 0 eller x) i:

M72860, M8051*, M8052*, M8054*, M805A*, M805B*, M805C*, M805D*, M8070*, M8071*, M8074*, M8075*, M80763, M8078*, M807K3, M80812, M8083*, M8084*, M8085*, M8086*, M8090*, M8091*, M8092*, M8093*, M8094*, M8095*, M8097*, M8098*, M809A* og M809B*.

Se topografi- og morfologikoder med tilhørende beskrivelse i appendiks.

Efterfølgende ekskluderes tilfælde med inkonklusiv cancerdiagnose dvs. patienter kodet med ÆYYY00 "obs. pro" eller ÆYYY01 "ingen tegn på".

Denne population kobles med årsrapportpopulationen, hvor der vil være stort overlap (A), men også patienter, der kun optræder i årsrapportpopulationen (B) og patienter, der kun findes i Landsregisteret for Patologi, se figur 21.

Dækningsgrad er den procentvise angivelse af antallet af registrerede patienter i årsrapportpopulationen ud af det samlede antal patienter, der opfylder inklusionskriterierne. Patienter fra Hudkræftdatabasen, som ikke genfindes i Landsregisteret for Patologi, tæller med i både tæller og nævner. Dette gøres ud fra den grundantagelse, at databasen er korrekt, dvs. at patienter som er indberettet til databasen, har hudkræft, hvilket er klinisk meningsfuldt, og ud fra den erkendelse, at ingen af de tilgængelige administrative registre kan anvendes som fejlfri reference. Vurderingen af databasens komplethed skal derfor primært betragtes som en indikation af de reelle forhold.

For at kunne vurdere validiteten af dækningsgradsopgørelsen suppleres med en opgørelse af overensstemmelsesgrad. Overensstemmelsesgraden er et estimat af, hvor stor en andel af patienter i årsrapportpopulationen, der kan genfindes i Landsregisteret for Patologi, og således en indikation på om den valgte tilgang er velegnet til at identificere de rette patienter (se figur 21). Hvis overensstemmelsesgraden er under 80%, vil opgørelsen af dækningsgrad typisk være behæftet med stor usikkerhed. På grund af en lav overensstemmelsesgrad i tidligere år er listen over inkluderede morfologi-koder blevet udvidet betydeligt fra årsrapporten 2022/2023.

Analysen viser, at dækningsgraden forbedrede sig markant i årene 2013-2024 fra under 60% til 73%, men dog langsommere i de senere år. Derfor er der i 2023 og 2024 taget kontakt til speciallægepraktiserende via mail og i nogle tilfælde personligt for at forøge indberetningen af patienter i databasen. Fra årsrapport (2022/23) til denne er dækningsgraden steget fra 78% til 85% på landsplan. Dækningsgraden varierer fortsat i denne årsrapport 2024/25 mellem regioner fra 78% i Region Sjælland og Hovedstaden til 96% i Region Nordjylland, som i de seneste år har haft den højeste dækningsgrad. Ud over den regionale variation i dækningsgrad er der også stor variation indenfor regioner. Ud af de i alt 94 hudlægepraksisser (med i alt 105 specialpraktiserende læger) i Danmark havde 4 praktiserende læger en dækningsgrad

på 0% dvs. de indberettede slet ikke patienter til databasen. Der var 10 ud af de 96 (10%) med en dækningsgrad på under 50% mens 86 ud af de 96 (90%) havde en dækningsgrad på over >50%. I figur 23 ses dækningsgraden for de enkelte hudlægepraksisser.

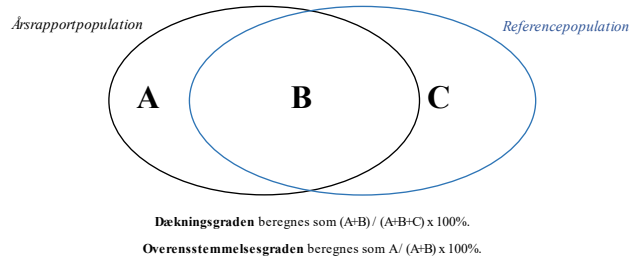
Styregruppen vil i perioden frem til næste årsrapport tage kontakt til speciallægepraktiser via mail og/eller personligt for at forøge indberetningen af patienter i databasen i speciallægepraksisser med forholdsvis lav indberetning. Desuden kan styregruppemedlemmer når det er relevant fremlægge egen klynges dækningsgrad og igangsætte en diskussion omkring, hvad der skal til for at forbedre indberetningen af patienter i databasen.

Akkreditering har tidligere skabt et incitament til at indberette, men er nu erstattet af kvalitetsklynger. Styregruppen vil fortsat arbejde for, at der opnås en dækningsgrad på $\geq 90\%$. Den nyudviklede Kvalitetsrapport (benchmarking) er et vigtigt redskab, hvor den enkelte praksis kan sammenholde egen dækningsgrad med regionalt og nationalt niveau, som blev idriftsat i januar 2023. Styregruppen har sat fokus på indberetning gennem kontakt til databasens brugere via nyhedsbreve mv. og det er planen, at der med udsendelse af herværende årsrapport også sendes venlig reminder om manglende registreringer til klinikker med mindre end 50% dækningsgrad. De seneste par års arbejde via styregruppen har vist sig effektivt og tydeligt højnet complethedsgarden.

Styregruppen vurderer, at der mangler registreringer af kontroller, hvilket udgør et særligt problem for indikator 3 og 5, da disse resultatsindikatorer således opgøres på et mangelfuldt grundlag. Der er dog ingen grund til at formode, at det er en særlig gruppe af patienter, som er mindre tilbøjelige til at blive registreret i databasen.

Målet med Hudkræftdatabasen er, at alle patienter diagnosticeret i speciallægepraksis med BCC, SCC, mb. Bowen eller keratoakantom inkluderes i databasen. Dette er for at sikre, at databasen kan give et retvisende billede af kvaliteten af behandlingen og håndteringen af disse patientkategorier i speciallægepraksis. Såfremt det er tilfældigt, hvilke patienter der ikke registreres, vil selv en relativ lav complethedsgard ikke nødvendigvis være en hindring for, at databasen kan afspejle kvaliteten. Hvis der derimod er tale om, at særlige grupper af patienter, f.eks. patienter med en særlig god eller dårlig prognose, er mindre tilbøjelige til at blive registreret i databasen, introduceres en systematisk fejkilde i registreringen (selektionsbias), hvilket vil vanskeliggøre en tolkning af resultaterne fra databasen. Det kan i praksis være svært at afgøre i hvilket omfang en manglende complethed kan henføres til tilfældigheder eller en systematisk fejl.

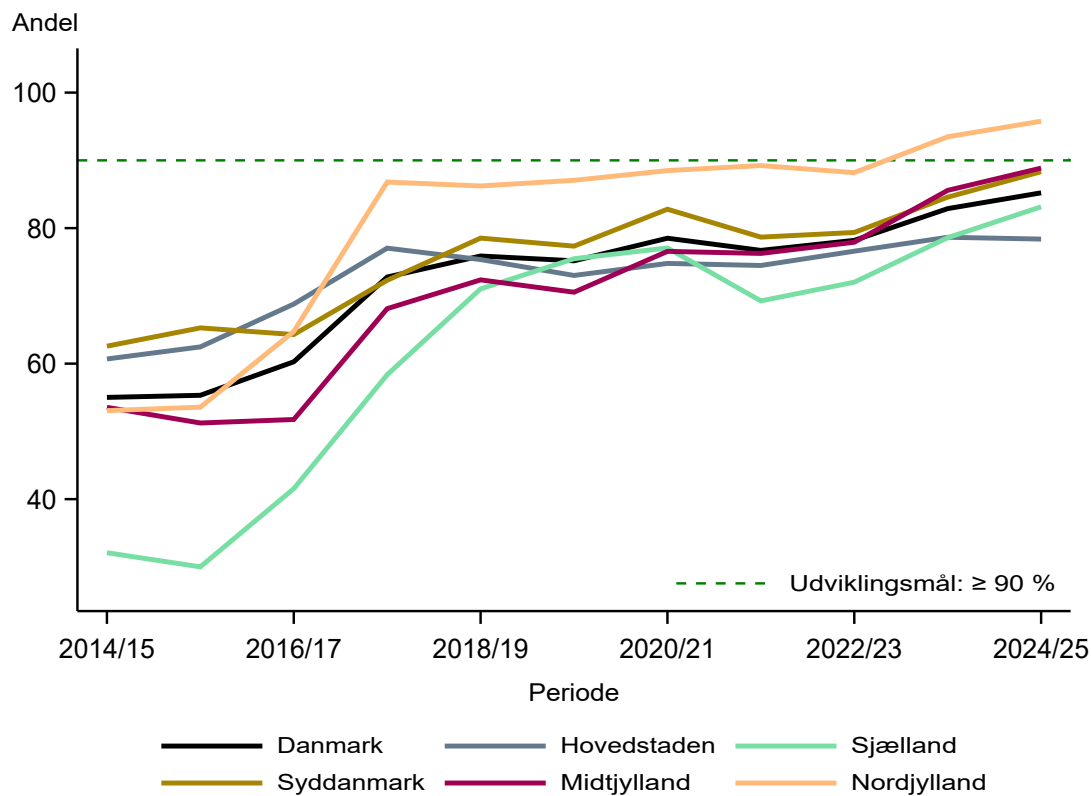
Figur 21: Illustration af overlap mellem årsrapportpopulationen og referencepopulationen, baseret på udtræk fra Landsregisteret for Patologi.



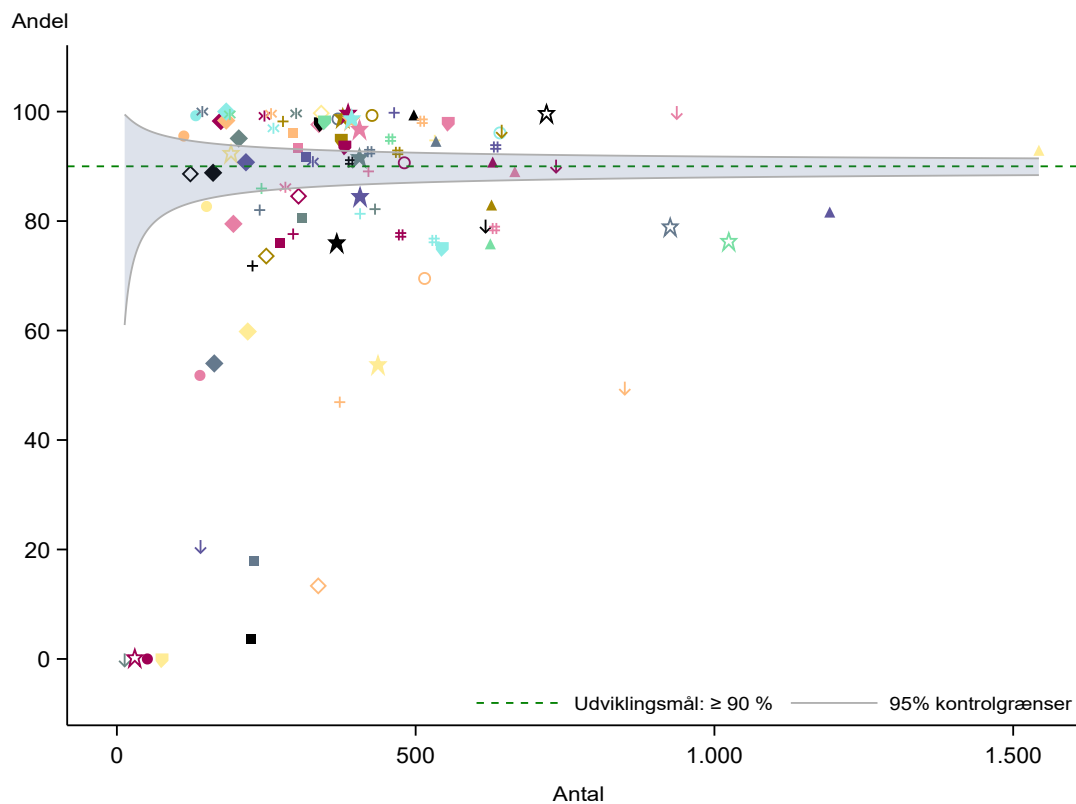
Tabel 27. Dækningsgrad

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner	antal	01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24	2022/23	
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	32.496 / 38.138	0 (0)	85,2	(84,8-85,6)	82,9	78,2
Hovedstaden	Nej	10.561 / 13.474	0 (0)	78,4	(77,7-79,1)	78,6	76,6
Sjælland	Nej	3.931 / 4.728	0 (0)	83,1	(82,0-84,2)	78,6	72,0
Syddanmark	Nej	6.226 / 7.049	0 (0)	88,3	(87,6-89,1)	84,6	79,4
Midtjylland	Nej	7.247 / 8.156	0 (0)	88,9	(88,2-89,5)	85,6	77,9
Nordjylland	Ja	4.531 / 4.731	0 (0)	95,8	(95,2-96,3)	93,5	88,2

Figur 22. Trendgraf over dækningsgrad på regionsniveau



Figur 23: Dækningsgrad (fra 0 til 100%) for de 96 hudlægepraksisser i Danmark. Antal viser, for hver hudlægepraksis, antallet af patienter med BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantomer registreret i patologiregistret i perioden 1/7-24 til 30/6-25.



Tabel 28. Overensstemmelsesgrad

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80%	Tæller/	antal	01.07.2024 - 30.06.2025	2023/24	2022/23	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	28.256 / 32.496	0 (0)	87,0	(86,6-87,3)	91,1	90,5
Hovedstaden	Ja	9.236 / 10.561	0 (0)	87,5	(86,8-88,1)	91,8	90,9
Sjælland	Ja	3.272 / 3.931	0 (0)	83,2	(82,0-84,4)	90,0	91,3
Syddanmark	Ja	5.654 / 6.226	0 (0)	90,8	(90,1-91,5)	92,3	91,8
Midtjylland	Ja	6.231 / 7.247	0 (0)	86,0	(85,2-86,8)	88,8	89,3
Nordjylland	Ja	3.863 / 4.531	0 (0)	85,3	(84,2-86,3)	92,3	89,3

9. Styregruppens medlemmer

Databasen er fagligt funderet i de to dermatologiske videnskabelige selskaber: Dansk Dermatologisk Selskab (DDS) og Danske Dermatologers Organisation (DDO).

Hudkræftdatabasen er tilknyttet SundK's Videncenter.

STYREGRUPPEN ER SAMMENSAT AF REPRÆSENTANTER FRA:

SundK's Videncenter og den registeransvarlige myndighed

Dermatologisk speciallægepraksis

Speciallæger fra de dermatologiske hospitalsafdelinger

Plastikkirurgisk speciallægepraksis

Speciallæger fra plastikkirurgiske hospitalsafdelinger

Speciallæger fra kræftafdelingerne på hospitalerne

FORMANDSSKAB

Speciallæge i dermatologi Henrik Sølvsten, Ålborg

Speciallæge i dermatologi Anna Lamberg, Grenå

ØVRIGE MEDLEMMER

REGION HOVEDSTADEN:

Speciallæge i dermatologi, Anders Clemmensen, Rødovre

Overlæge, Anita Birgitte Gothelf, Rigshospitalet, afdeling for kræftbehandling

Speciallæge i dermatologi, Katrine Togsverd-Bo, Bagsværd

Overlæge, Michael Prangsgaard Møller, Plastikkirurgisk afdeling, Herlev og Gentofte Hospital

Speciallæge i plastikkirurgi, Line Breiting, Hørsholm

REGION SJÆLLAND:

Speciallæge i dermatologi Tomas Dam, Nykøbing Falster

Afdelingslæge Gabrielle Vinding, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

REGION SYDDANMARK:

Overlæge Tine Vestergaard, Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital

Speciallæge i dermatologi Henrik Thormann, Vejle

Cheflæge, Vibeke Koudahl, Plastikkirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital

REGION MIDTJYLLAND:

Overlæge Anne Braae Olesen, Aarhus Universitetshospital

Uddannelseslæge Anne Hald Rittig, Aarhus Universitetshospital

Overlæge og klinisk professor, Jesper Grau Eriksen, Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen

Speciallæge i dermatologi Martin Majlund Mikkelsen, Randers

Uddannelseslæge Sigrún Alba Jóhannesdóttir Schmidt, Aarhus Universitetshospital

REGION NORDJYLLAND:

Afdelingslæge Ann-Kathrine Rossau, Aalborg Universitetshospital

Speciallæge i dermatologi Frej Studstrup, Thisted

SundK

Epidemiolog Maiken Bang Sloth Hansen

Datamanager Niklas Mølbak Christiansen

Kontaktperson og repræsentant for den registeransvarlige myndighed Monika Madsen

10 Appendiks

I appendiks vises supplerende analyser for patienter med hudkræft. For patienter i dermatologisk speciallægepraksis vises udviklingen af hhv. patienter med hudkræft og hudkræft tumorer over tid på nationalt og regionalt niveau. For dermatologisk speciallægepraksis præsenteres ligeledes behandlingstyper for hhv. basocellulære og planocellulære tumorer på nationalt og regionalt niveau. I appendiks vises desuden opgørelser omhandlede patienter med hudkræft med forløb i hhv. plastikkirurgisk og onkologisk regi. Dernæst vises typologi- og morforlogikoder til beregning af dækningsgrad i speciallægepraksis samt beregningsregler for de indikatorer og supplerende indikatorer, der opgøres i databasen for dermatologisk speciallægepraksis.

10.1 Dermatologisk speciallægepraksis

I den første del af appendiks præsenteres tal for patienter med hudkræft og hudkræft tumorer behandlet i dermatologisk speciallægepraksis.

10.1.1 Antal patienter og tumorer opgjort over tid på nationalt niveau (dermatologisk speciallægepraksis)

Resultater af analysen

I alt 32.496 patienter og 47.326 tumorer er registreret i databasen 2024/2025 og som forventet er der langt flest patienter med BCC på i alt 25.247. Andelen af patienter pr. indbygger diagnosticeret i speciallægepraksis i Region Nordjylland var højere (7,64 per tusinde) end øvrige regioner med landsgennemsnit på 5,42 per tusinde.

Diskussion og implikationer

Manglende registrering påvirker opgørelsen. Region Nordjylland har en 8% højere dækningsgrad end landsgennemsnittet (Danmark: 85%, Region Nordjylland 96%), hvilket delvist forklarer det højere regionsgennemsnit af patienter og tumorer. Data kan ikke konkludere på hyppigheden af tumorer i de enkelte regioner, da der findes flere forskellige specialer, der diagnosticerer og behandler sygdommene. Vanlig praksis for fordelingen af patienter kan være forskellig i regionerne og det høje antal af patienter og tumorer i Region Nordjylland diagnosticeret i dermatologisk speciallægepraksis kan også være på baggrund af begrænset adgang til øvrige specialer i regionen, herunder privatpraktiserende plastikkirurger.

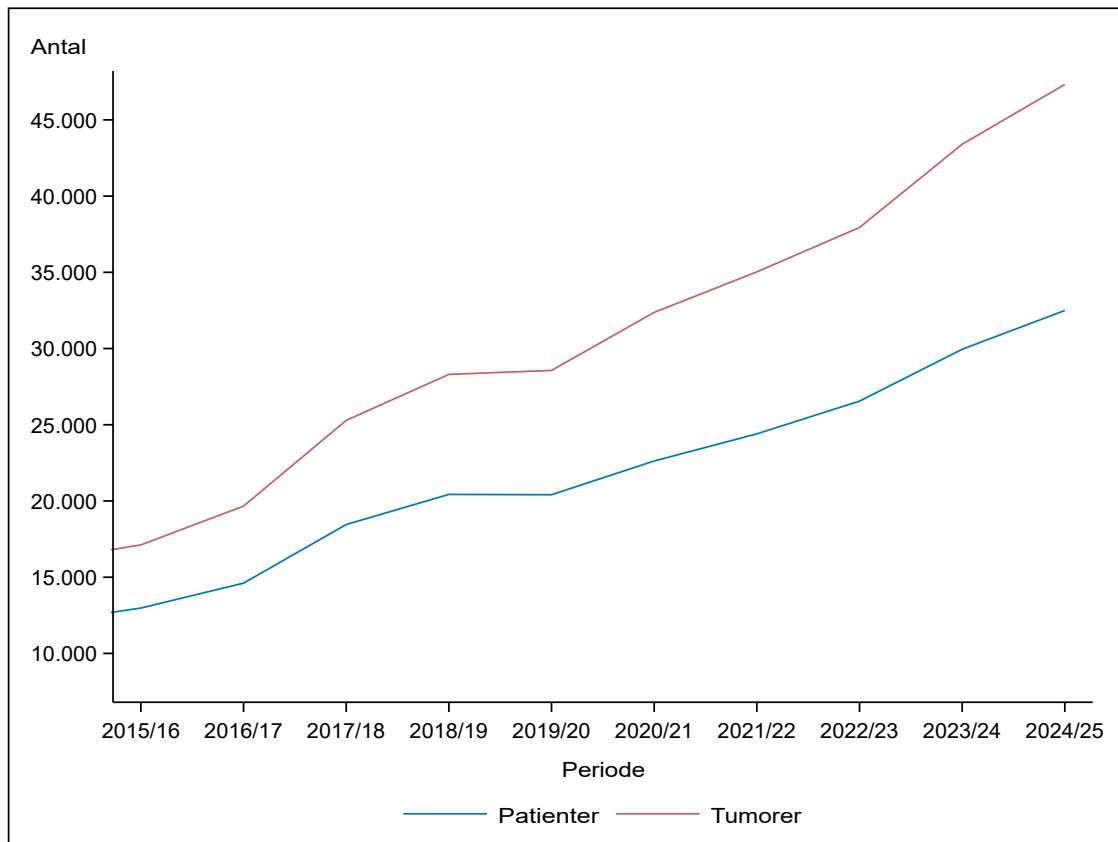
Vurdering af analysens anvendelighed

Sammenligningen af fordelingen mellem regionerne anskueliggør eventuelle forskelle. Forskelle kan være vigtige for forståelse af øvrige data i databasen.

Tabel 29. Oversigt over antal tumorer og antal patienter i Hudkræftdatabasen, seneste 5 år

	2024/25	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21
Tumorer i alt	47.326	43.403	37.940	35.028	32.372
Patienter i alt	32.496	29.954	26.550	24.403	22.622
Andel tumorer/patient	1,46	1,45	1,43	1,44	1,43

Figur 24. Antal tumorer og patienter i Hudkræftdatabasen



10.1.2 Fordeling af antal patienter og tumorer på regionsniveau (dermatologisk speciallægepraksis)

Resultater af analysen

I alt 32.496 patienter og 47.326 tumorer er registreret i databasen 2024/2025 og som forventet er der langt flest patienter med BCC på i alt 25.247. Andelen af patienter pr. indbygger diagnosticeret i speciallægepraksis i Region Nordjylland var højere (7,64 per tusinde) end øvrige regioner med landsgennemsnit på 5,42 per tusinde.

Diskussion og implikationer

Manglende registrering påvirker opgørelsen. Region Nordjylland har en 8% højere dækningsgrad end landsgennemsnittet (Danmark: 85%, Region Nordjylland 96%), hvilket delvist forklarer det højere regionsgennemsnit af patienter og tumorer. Data kan ikke konkludere på hyppigheden af tumorer i de enkelte regioner, da der findes flere forskellige specialer, der diagnosticerer og behandler sygdommene. Vanlig praksis for fordelingen af patienter kan være forskellig i regionerne og det høje antal af patienter og tumorer i Region Nordjylland diagnosticeret i dermatologisk speciallægepraksis kan også være på baggrund af begrænset adgang til øvrige specialer i regionen, herunder privatpraktiserende plastikkirurger.

Vurdering af analysens anvendelighed

Sammenligningen af fordelingen mellem regionerne anskueliggør eventuelle forskelle. Forskelle kan være vigtige for forståelse af øvrige data i databasen.

Tabel 30. Fordeling af antal patienter diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau

	2024/25	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19
Danmark	32.496	29.954	26.550	24.403	22.622	20.410	20.430
Basocellulært karcinom	25.247	23.735	21.711	20.169	18.800	17.371	17.615
Planocellulært karcinom	2.471	2.351	1.893	1.652	1.549	1.381	1.312
Mb. Bowen	2.460	1.862	1.337	1.106	969	742	688
Keratoakanthom	708	640	600	565	473	311	327
Flere typer	1.610	1.366	1.009	911	831	605	488
Hovedstaden	10.561	10.292	9.448	8.833	7.775	7.172	7.235
Basocellulært karcinom	8.787	8.666	8.182	7.689	6.808	6.474	6.634
Planocellulært karcinom	652	652	472	373	384	336	305
Mb. Bowen	451	343	288	257	186	110	84
Keratoakanthom	282	258	251	261	207	136	131
Flere typer	389	373	255	253	190	116	81
Sjælland	3.931	3.773	3.096	2.780	2.826	2.786	2.729
Basocellulært karcinom	3.099	2.984	2.567	2.433	2.427	2.392	2.419
Planocellulært karcinom	391	392	274	197	239	267	223
Mb. Bowen	201	175	94	37	29	30	27
Keratoakanthom	64	62	72	76	71	38	26
Flere typer	176	160	89	37	60	59	34
Syddanmark	6.226	5.486	4.786	4.584	4.382	3.778	3.777
Basocellulært karcinom	4.543	4.022	3.575	3.492	3.378	3.041	3.029
Planocellulært karcinom	682	651	536	514	461	386	372
Mb. Bowen	513	388	340	270	265	185	200
Keratoakanthom	129	124	100	74	54	32	45
Flere typer	359	301	235	234	224	134	131
Midtjylland	7.247	6.475	5.585	4.800	4.695	4.032	4.105

	2024/25	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19
Basocellulært karcinom	5.604	5.233	4.682	4.054	4.080	3.524	3.600
Planocellulært karcinom	470	427	365	332	272	221	207
Mb. Bowen	652	440	219	169	137	132	122
Keratoakanthom	131	110	104	75	84	64	69
Flere typer	390	265	215	170	122	91	107
Nordjylland	4.531	3.928	3.635	3.406	2.944	2.642	2.584
Basocellulært karcinom	3.214	2.830	2.705	2.501	2.107	1.940	1.933
Planocellulært karcinom	276	229	246	236	193	171	205
Mb. Bowen	643	516	396	373	352	285	255
Keratoakanthom	102	86	73	79	57	41	56
Flere typer	296	267	215	217	235	205	135

Tabel 31. Fordeling af antal patienter diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau i forhold til befolkningstal

	2024/25		2023/24		2022/23	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Danmark	32.496 / 5.992.734	5,42	29.954 / 5.961.249	5,02	26.550 / 5.932.654	4,48
Basocellulært karcinom	25.247	4,21	23.735	3,98	21.711	3,66
Planocellulært karcinom	2.471	0,41	2.351	0,39	1.893	0,32
Mb. Bowen	2.460	0,41	1.862	0,31	1.337	0,23
Keratoakanthom	708	0,12	640	0,11	600	0,10
Flere typer	1.610	0,27	1.366	0,23	1.009	0,17
Hovedstaden	10.561 / 1.930.793	5,47	10.292 / 1.911.067	5,39	9.448 / 1.891.871	4,99
Basocellulært karcinom	8.787	4,55	8.666	4,53	8.182	4,32
Planocellulært karcinom	652	0,34	652	0,34	472	0,25
Mb. Bowen	451	0,23	343	0,18	288	0,15
Keratoakanthom	282	0,15	258	0,14	251	0,13
Flere typer	389	0,20	373	0,20	255	0,13
Sjælland	3.931 / 854.902	4,60	3.773 / 852.953	4,42	3.096 / 849.857	3,64
Basocellulært karcinom	3.099	3,62	2.984	3,50	2.567	3,02
Planocellulært karcinom	391	0,46	392	0,46	274	0,32
Mb. Bowen	201	0,24	175	0,21	94	0,11
Keratoakanthom	64	0,07	62	0,07	72	0,08
Flere typer	176	0,21	160	0,19	89	0,10
Syddanmark	6.226 / 1.240.472	5,02	5.486 / 1.238.406	4,43	4.786 / 1.237.413	3,87
Basocellulært karcinom	4.543	3,66	4.022	3,25	3.575	2,89
Planocellulært karcinom	682	0,55	651	0,53	536	0,43

		2024/25		2023/24		2022/23	
		Antal	Andel (□)	Antal	Andel (□)	Antal	Andel (□)
	Mb. Bowen	513	0,41	388	0,31	340	0,27
	Keratoakanthom	129	0,10	124	0,10	100	0,08
	Flere typer	359	0,29	301	0,24	235	0,19
Midtjylland		7.247 / 1.373.799	5,28	6.475 / 1.365.688	4,74	5.585 / 1.358.879	4,11
	Basocellulært karcinom	5.604	4,08	5.233	3,83	4.682	3,45
	Planocellulært karcinom	470	0,34	427	0,31	365	0,27
	Mb. Bowen	652	0,47	440	0,32	219	0,16
	Keratoakanthom	131	0,10	110	0,08	104	0,08
	Flere typer	390	0,28	265	0,19	215	0,16
Nordjylland		4.531 / 592.768	7,64	3.928 / 593.135	6,62	3.635 / 594.634	6,11
	Basocellulært karcinom	3.214	5,42	2.830	4,77	2.705	4,55
	Planocellulært karcinom	276	0,47	229	0,39	246	0,41
	Mb. Bowen	643	1,08	516	0,87	396	0,67
	Keratoakanthom	102	0,17	86	0,14	73	0,12
	Flere typer	296	0,50	267	0,45	215	0,36

Tabel 32. Fordeling af antal tomorer diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau

	2024/25	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19
Danmark	47.326	43.403	37.940	35.028	32.372	28.564	28.304
Basocellulært karcinom	38.568	35.846	32.202	29.954	27.696	24.942	25.036
Planocellulært karcinom	3.616	3.374	2.748	2.383	2.234	1.928	1.762
Mb. Bowen	4.220	3.331	2.236	1.960	1.854	1.298	1.098
Keratoakanthom	922	852	754	731	588	396	408
Hovedstaden	15.215	14.608	13.451	12.699	10.937	9.897	9.795
Basocellulært karcinom	13.191	12.751	12.013	11.381	9.842	9.099	9.134
Planocellulært karcinom	941	916	663	533	519	440	381
Mb. Bowen	731	598	459	447	316	184	118
Keratoakanthom	352	343	316	338	260	174	162
Sjælland	5.329	5.142	4.141	3.632	3.740	3.595	3.498
Basocellulært karcinom	4.370	4.246	3.562	3.251	3.305	3.165	3.157
Planocellulært karcinom	537	524	360	234	315	341	281
Mb. Bowen	336	284	131	56	39	39	29
Keratoakanthom	86	88	88	91	81	50	31
Syddanmark	8.659	7.618	6.590	6.580	6.187	5.167	5.195
Basocellulært karcinom	6.610	5.835	5.098	5.238	4.956	4.309	4.305
Planocellulært karcinom	1.024	978	807	781	684	541	524
Mb. Bowen	855	641	563	466	477	275	306
Keratoakanthom	170	164	122	95	70	42	60
Midtjylland	10.842	9.610	8.305	6.902	6.762	5.735	5.841
Basocellulært karcinom	8.860	8.100	7.268	6.039	6.056	5.159	5.290
Planocellulært karcinom	707	595	542	476	388	316	286
Mb. Bowen	1.106	766	364	285	214	182	177
Keratoakanthom	169	149	131	102	104	78	88

	2024/25	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19
Nordjylland	7.281	6.425	5.453	5.215	4.746	4.170	3.975
Basocellulært karcinom	5.537	4.914	4.261	4.045	3.537	3.210	3.150
Planocellulært karcinom	407	361	376	359	328	290	290
Mb. Bowen	1.192	1.042	719	706	808	618	468
Keratoakanthom	145	108	97	105	73	52	67

Tabel 33. Fordeling af antal tumorer diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau i forhold til befolkningstal

	2024/25		2023/24		2022/23	
	Antal	Andel (□)	Antal	Andel (□)	Antal	Andel (□)
Danmark	47.326 / 5.992.734	7,90	43.403 / 5.961.249	7,28	37.940 / 5.932.654	6,40
Basocellulært karcinom	38.568	6,44	35.846	6,01	32.202	5,43
Planocellulært karcinom	3.616	0,60	3.374	0,57	2.748	0,46
Mb. Bowen	4.220	0,70	3.331	0,56	2.236	0,38
Keratoakanthom	922	0,15	852	0,14	754	0,13
Hovedstaden	15.215 / 1.930.793	7,88	14.608 / 1.911.067	7,64	13.451 / 1.891.871	7,11
Basocellulært karcinom	13.191	6,83	12.751	6,67	12.013	6,35
Planocellulært karcinom	941	0,49	916	0,48	663	0,35
Mb. Bowen	731	0,38	598	0,31	459	0,24
Keratoakanthom	352	0,18	343	0,18	316	0,17
Sjælland	5.329 / 854.902	6,23	5.142 / 852.953	6,03	4.141 / 849.857	4,87
Basocellulært karcinom	4.370	5,11	4.246	4,98	3.562	4,19
Planocellulært karcinom	537	0,63	524	0,61	360	0,42
Mb. Bowen	336	0,39	284	0,33	131	0,15
Keratoakanthom	86	0,10	88	0,10	88	0,10
Syddanmark	8.659 / 1.240.472	6,98	7.618 / 1.238.406	6,15	6.590 / 1.237.413	5,33
Basocellulært karcinom	6.610	5,33	5.835	4,71	5.098	4,12
Planocellulært karcinom	1.024	0,83	978	0,79	807	0,65
Mb. Bowen	855	0,69	641	0,52	563	0,45
Keratoakanthom	170	0,14	164	0,13	122	0,10

	2024/25		2023/24		2022/23	
	Antal	Andel (□)	Antal	Andel (□)	Antal	Andel (□)
Midtjylland	10.842 / 1.373.799	7,89	9.610 / 1.365.688	7,04	8.305 / 1.358.879	6,11
Basocellulært karcinom	8.860	6,45	8.100	5,93	7.268	5,35
Planocellulært karcinom	707	0,51	595	0,44	542	0,40
Mb. Bowen	1.106	0,81	766	0,56	364	0,27
Keratoakanthom	169	0,12	149	0,11	131	0,10
Nordjylland	7.281 / 592.768	12,28	6.425 / 593.135	10,83	5.453 / 594.634	9,17
Basocellulært karcinom	5.537	9,34	4.914	8,28	4.261	7,17
Planocellulært karcinom	407	0,69	361	0,61	376	0,63
Mb. Bowen	1.192	2,01	1.042	1,76	719	1,21
Keratoakanthom	145	0,24	108	0,18	97	0,16

10.1.3 Fordeling af behandlingstyper på regionsniveau for basocellulære karcinomer (dermatologisk speciallægepraksis)

Resultater af analysen

Dobbelt curettage med el-kaustik er fortsat den mest anvendte behandling således at ca. halvdelen af samtlige BCC får denne behandling. Det samlede antal behandlinger, hvor curettage indgår er 61,6% på landsplan. I Region Midtjylland er andelen 64,3%.

Viderehenvielse er i 95% af tilfældene til plastikkirurger. På landsplan henvises 19,2% til behandling hos plastikkirurger. Region Syddanmark ligger lavest med 13,7%, der henvises til plastikkirurg. I Region Syddanmark er der 19,7%, som behandles med excision hos dermatolog, hvilken ligger på 1,6% i Region Hovedstaden og landsgennemsnittet for excision hos dermatolog er 8,0%.

De non-invasive behandlinger (kryoterapi, 5-FU, imiquimod og fotodynamisk terapi) udgør samlet 5,7% af alle behandlingen. Region Syddanmark anvender flest non-invasive behandlinger med 8,6% og Region Midtjylland færrest med 3,9%.

Diskussion og implikationer

Der er en stor variation i valg af behandling i de forskellige regioner, og dette afspejler således en forskellig tilgang til behandlingen af BCC eller evt. forskel i henvisningsmønster og tumorkarakteristik samt forskellige behandlerpræferencer og lokale overenskomstæssige aftaler. I Fremtiden vil det være interessant at belyse, hvad forskellene konkret skyldes.

Vurdering af analysens anvendelighed

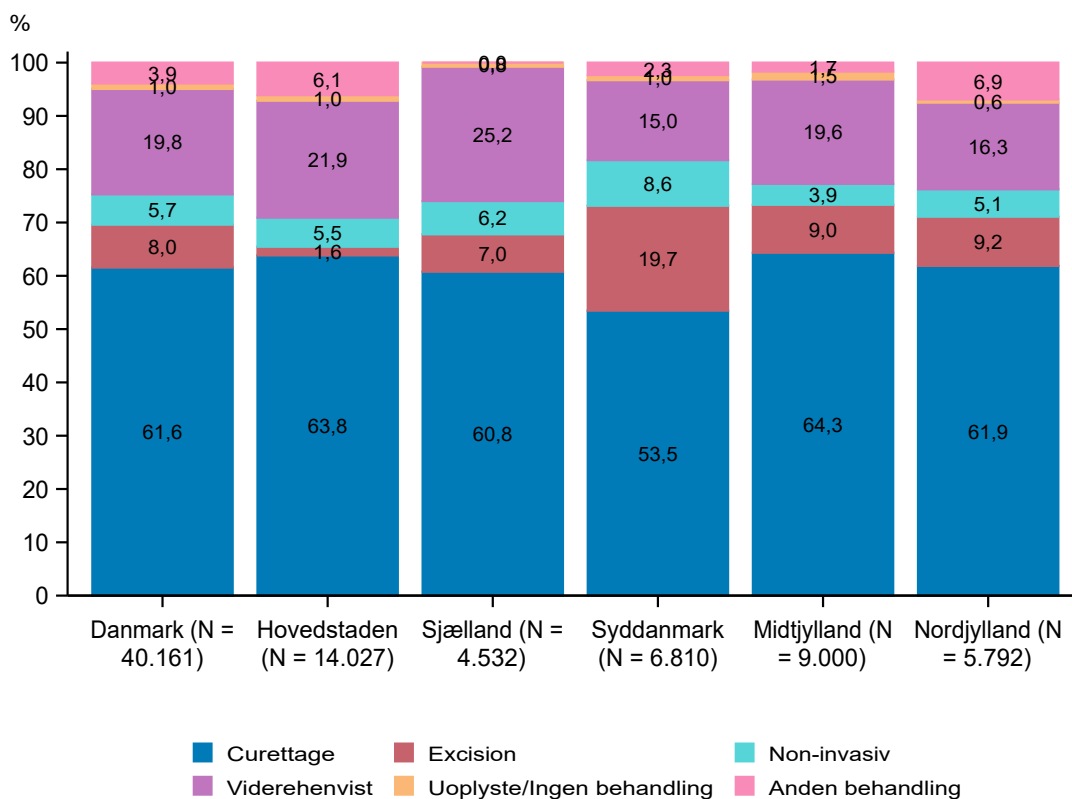
Det er interessant at se de regionale forskelle i valg af behandling, og bidrager i høj grad til forståelse af databasens øvrige data.

Tabel 34. Fordeling af BCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2024 - 30. juni 2025. # erstatter tallene 1 og 2 pga. diskretionshensyn

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kryoterapi	282	2,0	51	1,1	45	0,7	169	1,9	82	1,4	629	1,6
Curettage	507	3,6	17	0,4	162	2,4	86	1,0	877	15,1	1.649	4,1
Enkel curettage og el-kaustik	797	5,7	320	7,1	993	14,6	332	3,7	242	4,2	2.684	6,7
Dobbelt curettage og el-kaustik	7.430	53,0	2.397	52,9	1.905	28,0	5.316	59,1	2.446	42,2	19.494	48,5
Curettage og excision	3	0,0	3	0,1	6	0,1	5	0,1	3	0,1	20	0,0
Curettage og kryoterapi	183	1,3	10	0,2	34	0,5	3	0,0	12	0,2	242	0,6
Curettage og lapis	33	0,2	7	0,2	541	7,9	47	0,5	3	0,1	631	1,6
Excision (<4 mm sikkerhedsmargin)	166	1,2	158	3,5	939	13,8	631	7,0	252	4,4	2.146	5,3
Excision (4-6 mm sikkerhedsmargin)	55	0,4	158	3,5	395	5,8	180	2,0	265	4,6	1.053	2,6
Excision (>=6 mm sikkerhedsmargin)	7	0,0	#	0,0	6	0,1	0	0,0	18	0,3	33	0,1
Fotodynamisk terapi	262	1,9	148	3,3	264	3,9	66	0,7	89	1,5	829	2,1
5-fluorouracil	9	0,1	3	0,1	30	0,4	#	0,0	53	0,9	96	0,2
Imiquimod creme	213	1,5	81	1,8	244	3,6	116	1,3	73	1,3	727	1,8
Anden behandling	857	6,1	0	0,0	159	2,3	151	1,7	400	6,9	1.567	3,9
Henvist til andet speciale: plastikkirurgisk	2.999	21,4	1.139	25,1	935	13,7	1.715	19,1	922	15,9	7.710	19,2
Henvist til andet speciale: onkologisk	18	0,1	#	0,0	67	1,0	8	0,1	16	0,3	110	0,3
Henvist til andet speciale: andet	60	0,4	#	0,0	20	0,3	40	0,4	4	0,1	126	0,3
Besluttet ingen behandling	74	0,5	#	0,0	3	0,0	8	0,1	9	0,2	95	0,2

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Patient ønsker ingen yderligere behandling	#	0,0	0	0,0	3	0,0	4	0,0	5	0,1	13	0,0
Uoplyst	71	0,5	34	0,8	59	0,9	122	1,4	21	0,4	307	0,8
I alt	14.027	100,0	4.532	100,0	6.810	100,0	9.000	100,0	5.792	100,0	40.161	100,0

Figur 25. Fordeling af BCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2024 - 30. juni 2025



10.1.4 Fordeling af behandlingstyper på regionsniveau for planocellulære karcinomer (dermatologisk speciallægepraksis)

Resultater af analysen

For SCC er det samlede antal behandlinger hvor curettage indgår 36,2% på landsplan, men med betydelig variation mellem regioner fra 28,8% i Region Nordjylland til 38,1% i Region Syddanmark. På landsplan henvises 42,2% til plastikkirurg. På landsplan bliver 12,2% excideret, men med betydelig forskel mellem regionerne, således at andelen der bliver excideret er højest i Region Syddanmark (31,3%) og lavest i Region Hovedstaden (3,0%).

Diskussion og implikationer

Excision er førstevalg i behandlingen af SCC. Guidelines for DDS anfører, at SCC, der er blevet curretteret, kan observeres, såfremt det drejer sig om lavrisikokarcinomer. Det er med stor sandsynlighed forklaringen på den store andel af SCC, der curretteres.

Vurdering af analysens anvendelighed

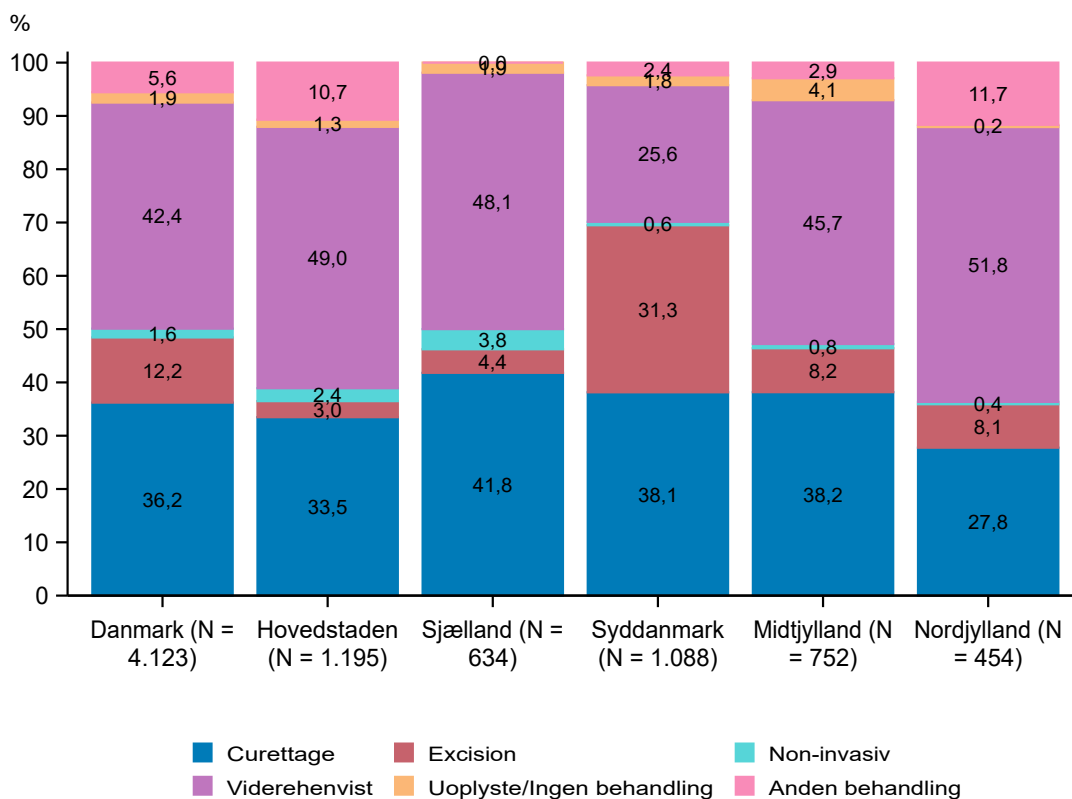
Analysen beskriver regionale forskelle og afspejler formentligt også, at dermatologer varetager behandlingen af en stor del af lavrisikokarcinomerne.

Tabel 35. Fordeling af SCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2024 - 30. juni 2025. # erstatter tallene 1 og 2 pga. diskretionshensyn

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kryoterapi	3	0,3	#	0,2	0	0,0	6	0,8	#	0,2	11	0,3
Curettage	72	6,0	3	0,5	26	2,4	18	2,4	32	7,0	151	3,7
Enkel curettage og el-kaustik	37	3,1	45	7,1	187	17,2	26	3,5	11	2,4	306	7,4
Dobbelt curettage og el-kaustik	286	23,9	215	33,9	151	13,9	240	31,9	83	18,3	975	23,6
Curettage og excision	#	0,2	#	0,3	9	0,8	0	0,0	0	0,0	13	0,3
Curettage og kryoterapi	#	0,2	0	0,0	9	0,8	#	0,1	0	0,0	12	0,3
Curettage og lapis	#	0,1	0	0,0	33	3,0	#	0,3	0	0,0	36	0,9
Excision (<4 mm sikkerhedsmargin)	19	1,6	8	1,3	190	17,5	38	5,1	13	2,9	268	6,5
Excision (4-6 mm sikkerhedsmargin)	14	1,2	16	2,5	141	13,0	24	3,2	17	3,7	212	5,1
Excision (>=6 mm sikkerhedsmargin)	3	0,3	4	0,6	10	0,9	0	0,0	7	1,5	24	0,6
Fotodynamisk terapi	23	1,9	19	3,0	4	0,4	0	0,0	0	0,0	46	1,1
5-fluorouracil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	0,2	#	0,0
Imiquimod creme	3	0,3	4	0,6	3	0,3	0	0,0	0	0,0	10	0,2
Anden behandling	128	10,7	0	0,0	26	2,4	22	2,9	53	11,7	229	5,6
Henvist til andet speciale: plastikkirurgisk	582	48,7	304	47,9	274	25,2	344	45,7	234	51,5	1.738	42,2
Henvist til andet speciale: onkologisk	#	0,2	0	0,0	5	0,5	0	0,0	#	0,2	8	0,2
Henvist til andet speciale: andet	#	0,2	#	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Besluttet ingen behandling	3	0,3	0	0,0	0	0,0	#	0,1	0	0,0	4	0,1
Patient ønsker ingen yderligere behandling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Uoplyst	13	1,1	12	1,9	20	1,8	30	4,0	#	0,2	76	1,8
I alt	1.195	100,0	634	100,0	1.088	100,0	752	100,0	454	100,0	4.123	100,0

figur 26. Fordeling af SCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2024 - 30. juni 2025



10.2 Plastikkirurgisk og onkologisk behandling af hudkræft

Indtil årsrapport (2023/2024) har årsrapporterne fra NMSC-databasen udelukkende belyst behandlingen af patienter med hudkræft behandlet i dermatologisk speciallægepraksis. I 2023/2024 årsrapporten og i denne 2024/2025 årsrapport vises deskriptive opgørelser for behandlingen af patienter med hudkræft på henholdsvis plastikkirurgiske og onkologiske hospitalsafdelinger. I tabel 36 nedenfor vises de hospitaler (og hospitalsafdelinger) med plastikkirurgisk og onkologisk behandling af hudkræft i Danmark, og det er således tal fra disse afdelinger på patienter med opstartede forløb i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025, der præsenteres i denne årsrapport.

Der er desuden for første gang i denne årsrapport 2024/2025 udviklet kvalitetsindikatorer til at belyse kvaliteten af den plastikkirurgiske af hudkræft. Der pågår ligeledes arbejde med at udvikle indikatorer for den onkologiske behandling.

10.2.1 Plastikkirurgisk behandling

Patientpopulationen er afgrænset til patienter med en hudkræftdiagnose (DC44*) som har haft et forløb på en plastikkirurgisk afdeling i Danmark over en etårig periode. I denne årsrapport er tal opgjort for de 11.776 henviste patientforløb i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025, hvoraf 10.015 patienter blev opererede (Tabel 36). Privathospitaler med under 50 henviste patienter i den etårige periode indgår ikke i tabellerne.

Til at indhente relevante informationer om populationen anvendes information fra Landspatientregistret (LPR) og fra Landsregistret for Patologi (LRP). Opgørelserne er deskriptive og anvendes til at beskrive patientpopulationen og udvalgte behandlinger, som patienterne har modtaget på plastikkirurgiske afdelinger.

De fleste patienter (53,1 %) med forløb på en plastikkirurgisk afdeling er henvist fra praktiserende speciallæger (Tabel 37).

Tabel 36 viser de hospitaler med plastikkirurgiske afdelinger, der behandler patienter med hudkræft. Tabel 36 vider, hvor mange patienter der hhv. er henvist til de plastikkirurgiske afdelinger og opereret. Andelen af forløb, hvor patienten opereres, varierer mellem de plastikkirurgiske afdelinger. Andelen af opererede er lavest på Aleris i Søborg (62,7 %) og i AUH Plastikkirurgi Klinik (73,1%) og højest på hhv. OUH (92,8 %), Privathospitalet Mølholm i Århus (95,2 %) og Plastikkirurgisk Klinik Aarhus (100,0 %).

På forløb startet på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, viser tabel 38 hvor mange excisioner der er udført samt hvilke excisioner, der foretages hyppigst. De hyppigste er hhv. excision af patologisk væv på hoved/hals (28,4 %) og excision af patologisk væv i hud og underhud på hoved (27,2 %).

Tabel 36: Henvisninger på forløb startet i perioden fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025

Afdeling	Henviste forløb	Forløb med operation	Andel med operation
Offentlige hospitaler	.	.	.
Rigshospitalet Klinik for Plastikkirurgi PBB	1.187	1.043	87,9
Herlev Plastikkirurgisk Amb.	1.002	750	74,9
SUH Plastikkirurgisk Amb. (Roskilde)	1.645	1.314	79,9
AUH Plastikkirurgi Klinik	1.250	914	73,1
Aalborg Plastikkirurgisk Amb.	1.592	1.432	89,9
OUH Plastikkirurgisk Amb. Z (Odense)	814	755	92,8
SLB Plastikkirurgisk Amb. (Vejle)	953	700	73,5
Plastikkirurgisk Amb. Esbjerg/Grindsted	1.036	946	91,3
Privathospitalet Mølholm	.	.	.
- Aarhus	992	944	95,2
- Vejle	219	198	90,4
Capio Privathospital	.	.	.
- Hellerup	216	192	88,9
Aleris Hospitaler	.	.	.
- Ringsted	220	196	89,1
- Søborg	51	32	62,7
Øvrige privathospitaler	.	.	.
Plastikkirurgisk Klinik Aarhus	599	599	100,0
I alt	11776	10015	85,0

Tabel 37: Forløb Plastikkirurgiske afdelinger, forløbsstart i perioden fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025

Henvist fra	Antal	Procent
Ingen/ukendt	505	4,3
Klinisk enhed	3.616	30,7
Praktiserende læge	1.397	11,9
Praktiserende speciallæge	6.258	53,1
I alt	11776	100,0

Tabel 38: Operationer på forløb startet i perioden fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025

	Antal	Procent
Excision af patologisk væv i hud/underhud på hoved/hals	3.505	28,4
Excision af patologisk væv i hud og underhud på hoved	3.358	27,2
Excision af patologisk væv i hud og underhud på truncus	907	7,4
Excision af patologisk væv på ydre næse	774	6,3
Excision af patologisk væv på ydre øre	686	5,6
Excision af patologisk væv i hud/underhud på underekstremitet	626	5,1
Excision af patologisk væv i hud/underhud på overekstremitet	481	3,9
Radikal excision af patologisk væv i hud og underhud på hoved eller hals	438	3,6
Excision af patologisk væv i underhud på truncus	215	1,7
Excision af patologisk væv i underhud på underekstremitet	195	1,6
Excision af patologisk væv i underhud på overekstremitet	141	1,1
Excision af hud på hoved	131	1,1
Excision af hud på truncus	128	1,0
Excision af hud på hoved/hals	113	0,9
Excision af patologisk væv på øjenlåg	109	0,9
Excision af patologisk væv i hud og underhud på hals	106	0,9
Excision af patologisk væv på læbe	99	0,8
Radikal excision af patologisk væv i hud og underhud på truncus	96	0,8
Øvrige excisioner excisioner excisioner	218	1,8
I alt	12.326	100,0

10.2.2 Onkologisk behandling

Patientpopulationen er afgrænset til patienter med en hudkræftdiagnose (DC44*) som har haft et forløb på onkologisk afdeling i Danmark over en etårig periode. I denne årsrapport er tal opgjort for patienter med et forløb opstartet i perioden 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Opgørelserne omkring de onkologiske forløb er hentet fra Landspatientregistret (LPR). Opgørelserne er deskriptive og anvendes til at beskrive patientpopulationen og udvalgte behandlinger, som patienterne har modtaget i onkologisk regi. Udover informationer fra LPR omkring onkologisk behandling af patienter med hudkræft, findes der oplysninger om den onkologiske behandling af patienter med hudkræft i indtastningsdatabasen DOSCA (Danish Oncology Skin Cancer Group Database), hvor onkologer i Danmark registrerer informationer om deres patienter. Data fra DOSCA-databasen er blevet en del af hudkræftdatabasen fra 1. januar 2025. I denne årsrapport vises derfor, udover LPR-data, foreløbige patientkarakteristika-opgørelser fra DOSCA-databasen for perioden 1. januar 2025 til 30. juni 2025. Perioden er således et halvt år dvs. halvdelen af den 1-årige periode for LPR-data.

OPGØRELSE FRA LANDSPATIENTREGISTRET (LPR) PÅ ONKOLOGISK BEHANDLING AF HUDKRÆFT

Ifølge LPR, blev de fleste patienter (73,5%) med forløb på en onkologisk afdeling henvist fra kliniske enheder (tabel 39) og henvisninger fra kliniske enheder var primært fra plastikkirurgiske hospitalsafdelinger (tabel 40). Ifølge LPR var der på et år (1. juli 2024 til 30. juni 2025) 1.567 patienter henvist til hospitalsafdelinger med onkologisk behandling af hudkræft, hvoraf 1.031 af patienterne modtog onkologisk behandling (tabel 41). Andelen af forløb, hvor patienten fik onkologisk behandling (stråleterapi), varierede på tværs af afdelingerne fra 40,7% (Aalborg) til 88,5% (Aarhus). Den hyppigste form for stråleterapi patienterne modtog var konventionel ekstern stråleterapi (79,7%) (Tabel 42).

OPGØRELSE FRA DOSCA-DATABASEN PÅ ONKOLOGISK BEHANDLING AF HUDKRÆFT

Ifølge DOSCA-databasen modtog 409 patienter onkologisk behandling fra 1. januar til 30. juni 2025. Som det ses i tabellen med patientkarakteristika, var andelen af mænd og kvinder nogenlunde ens og langt størstedelen var 65+ år. BCC var langt den hyppigste tumortype (70%-90%) på tværs af hospitalerne og lokaliseringen var oftest på næsen. Langt hovedparten var i stadie I-II og der var sjældent tale om recidiver (8%-20%). Der var stor variation i andelen af patienter, der blev drøftet på MDT på tværs af hospitalerne (7%-96%).

Der er mindre diskrepanser mellem data fra LPR og DOSCA databasen. For eksempel fandt man i LPR for en 1-årig periode 1.031 patienter i onkologisk behandling dvs. ca. 515 på et halvt år, mens DOSCA har registreret 409 patienter i onkologisk behandling i DOSCA-databasen på et halvt år. Forskellen på op mod 213 (515-409) patienter skyldes primært at OUH endnu ikke registrerer fuldt ud i DOSCA. Desuden registrerer DOSCA-databasen kun BCC og PCC og ikke de mere sjældne hudkræfttyper eller andre kræftformer, der kan manifestere sig i huden – f.eks. lymfomer. Ligeledes registreres medicinsk behandling heller ikke i DOSCA. Endelig er DOSCA primært designet til at registrere behandling af tumorlokaliseringer i hoved-hals området, hvorfor registrering udenfor denne region er mere uensartet. I de kommende år vil der være fokus på at identificere disse forskelle mellem DOSCA og LPR for bedre at kunne identificere den rette patientpopulation.

Tabel 39: Henvisninger på forløb startet i perioden fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025 ifølge Landspatientregistret (LPR)

Henvist fra	Antal	Procent
Akutordning	1	0,1
Ingen/ukendt	70	4,5
Klinisk enhed	1.152	73,5
Praktiserende læge	21	1,3
Praktiserende speciallæge	323	20,6
I alt	1.567	100,0

Tabel 40: Henvisende kliniske enheder på forløb startet i perioden fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025 ifølge Landspatientregistret (LPR)

Henvisende afdeling	Antal	Procent
Sjællands Universitetshospital - ROS Plastikkirurgisk Amb.	173	15,0
Aarhus Universitetshospital - Plastikkirurgi Klinik	166	14,4
Sygehus Lillebælt - SLB Plastikkirurgisk Ambulatorium (Vejle)	127	11,0
Herlev og Gentofte Hospital - Plastikkirurgisk amb.V/A	102	8,9
Rigshospitalet - Klinik for Plastikkirurgi	96	8,3
Aalborg Universitetshospital - Aalborg Plastikamb	94	8,2
Odense Universitetshospital - OUH Plastikkirurgisk Ambulatorium Z	57	4,9
Aarhus Universitetshospital - Plastik- rystkirurgi Sengeafdeling	52	4,5
Odense Universitetshospital - OUH Onkologisk Ambulatorium R	37	3,2
Sygehus Lillebælt - SLB Plastikkirurgisk Afsnit (Vejle)	34	3,0
Odense Universitetshospital - OUH Hudambulatorium	30	2,6
Esbjerg Sygehus - Plastikkirurgisk Ambulatorium (Esbjerg)	30	2,6
Aarhus Universitetshospital - Øre-, Næse- og Halskirurgisk klinik	24	2,1
Esbjerg Sygehus - Plastikkirurgisk Ambulatorium (Grindsted)	19	1,6
Rigshospitalet - Øre-,Næse-,Halskir., f, Amb.	12	1,0
Øvrige	99	8,6
I alt	1.152	100,0

Tabel 41: Forløb Onkologiske afdelinger, forløbsstart i perioden fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025 ifølge Landspatientregistret (LPR)

Afdeling	Henviste forløb	Forløb med behandling	Andel med behandling
Rigshospitalet Strålebehandling Klinik	301	235	78,1
Herlev Onkologisk Amb.	192	144	75,0
AUH Kræftafdelingen Klinikker	261	231	88,5
Aalborg Onkologisk Amb.	194	79	40,7
OUH Onkologisk Amb. R (Odense)	375	140	37,3
SLB Stråleterapi (Vejle)	244	202	82,8
I alt	1.567	1.031	65,8

Tabel 42: Behandlingstype på forløb startet i perioden fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025 ifølge Landspatientregistret (LPR)

Behandlingstype	Antal	Procent
Konventionel ekstern strålebehandling	822	79,7
Intensitetsmoduleret strålebehandling (IMRT), IGRT	182	17,7
Individuel konform strålebehandling, IGRT	27	2,6
I alt	1.031	100,0

Patient karakteristika for patienter i onkologisk behandling fra 1. januar 2025 til 30. juni 2025 ifølge tal fra DOSCA-databasen

	Vejle	Rigshospitalet	Odense	Herlev	Aarhus	Aalborg
Population	84 (100 %)	108 (100 %)	25 (100 %)	64 (100 %)	89 (100 %)	39 (100 %)
Køn						
K	39 (47,0 %)	55 (50,9 %)	12 (48,0 %)	28 (43,8 %)	44 (49,4 %)	22 (56,4 %)
M	44 (53,0 %)	53 (49,1 %)	13 (52,0 %)	36 (56,3 %)	45 (50,6 %)	17 (43,6 %)
alder ved diagnose						
0-17 år	1 (1,2 %)					
18-49år		4 (3,7 %)	1 (4,0 %)		2 (2,2 %)	1 (2,6 %)
50-64år	19 (22,6 %)	15 (13,9 %)	1 (4,0 %)	14 (21,9 %)	10 (11,2 %)	11 (28,2 %)
65-79år	38 (45,2 %)	44 (40,7 %)	10 (40,0 %)	18 (28,1 %)	42 (47,2 %)	11 (28,2 %)
80+ år	26 (31,0 %)	45 (41,7 %)	13 (52,0 %)	32 (50,0 %)	35 (39,3 %)	16 (41,0 %)
Type						
BCC	76 (90,5 %)	81 (75,0 %)	23 (92,0 %)	45 (70,3 %)	69 (77,5 %)	30 (76,9 %)
PCC	8 (9,5 %)	27 (25,0 %)	2 (8,0 %)	19 (29,7 %)	20 (22,5 %)	9 (23,1 %)
Lokalisation						
Pande/tinding	8 (9,5 %)	6 (5,6 %)	1 (4,0 %)	5 (7,8 %)	4 (4,5 %)	2 (5,1 %)
Øjne	1 (1,2 %)	5 (4,6 %)	2 (8,0 %)	2 (3,1 %)	2 (2,2 %)	
Næse	63 (75,0 %)	53 (49,1 %)	17 (68,0 %)	33 (51,6 %)	65 (73,0 %)	26 (66,7 %)
Læbe	6 (7,1 %)	5 (4,6 %)		3 (4,7 %)	3 (3,4 %)	6 (15,4 %)
Kinder	2 (2,4 %)	8 (7,4 %)	1 (4,0 %)	3 (4,7 %)	6 (6,7 %)	
Ører	3 (3,6 %)	7 (6,5 %)	1 (4,0 %)	5 (7,8 %)	3 (3,4 %)	1 (2,6 %)
Skalp		6 (5,6 %)		6 (9,4 %)	1 (1,1 %)	
Hals		4 (3,7 %)	2 (8,0 %)			
Hagen		1 (0,9 %)				1 (2,6 %)
Truncus		2 (1,9 %)		1 (1,6 %)	2 (2,2 %)	
Hånd/finger					1 (1,1 %)	

	Vejle	Rigshospitalet	Odense	Herlev	Aarhus	Aalborg
UE	1 (1,2 %)	3 (2,8 %)		1 (1,6 %)		
lymfeknude		8 (7,4 %)		5 (7,8 %)	2 (2,2 %)	3 (7,7 %)
Ukendt			1 (4,0 %)			
Stadie						
0						1 (2,6 %)
I	72 (85,7 %)	80 (74,1 %)	14 (56,0 %)	33 (51,6 %)	63 (70,8 %)	29 (74,4 %)
II	11 (13,1 %)	12 (11,1 %)	3 (12,0 %)	8 (12,5 %)	8 (9,0 %)	3 (7,7 %)
III	1 (1,2 %)	7 (6,5 %)		14 (21,9 %)	9 (10,1 %)	1 (2,6 %)
IV		1 (0,9 %)		1 (1,6 %)	3 (3,4 %)	
IVA		6 (5,6 %)	3 (12,0 %)			1 (2,6 %)
IVB				1 (1,6 %)	1 (1,1 %)	1 (2,6 %)
Ukendt		2 (1,9 %)	5 (20,0 %)	7 (10,9 %)	5 (5,6 %)	3 (7,7 %)
MDT						
Ja	45 (53,6 %)	7 (6,5 %)	24 (96,0 %)	15 (23,4 %)	76 (85,4 %)	39 (100,0 %)
Nej	39 (46,4 %)	101 (93,5 %)		49 (76,6 %)	13 (14,6 %)	
Ukendt			1 (4,0 %)			
Recidiv						
Ja	7 (8,3 %)	22 (20,4 %)	3 (12,0 %)	10 (15,6 %)	17 (19,1 %)	6 (15,4 %)
Nej	74 (88,1 %)	86 (79,6 %)	18 (72,0 %)	54 (84,4 %)	72 (80,9 %)	33 (84,6 %)
Ukendt	3 (3,6 %)		4 (16,0 %)			

10.3 Topografi- og morfologikoder til beregning af dækningsgrad i dermatologisk speciallægepraksis

Tabel 43: Morfologikoder til beregning af dækningsgrad

Snomedkode	Kodetekst	Andel 2024/25
M80702	planocellulært karcinom in situ	3,2
M80703	planocellulært karcinom	8,1
M80707	planocellulært karcinom, recidiv	0,0
M80763	mikroinvasivt planocellulært karcinom	0,0
M807K3	keratoakantom, variant af højt differentieret planocellulært karcinom	1,5
M80812	Bowens sygdom	7,5
M80833	lavt differentieret planocellulært karcinom	0,0
M80903	basocellulært karcinom	42,1
M80907	basocellulært karcinom, recidiv	0,6
M80913	superficielt basocellulært karcinom	5,6
M80917	superficielt basocellulært karcinom, recidiv	0,1
M80923	basocellulært karcinom af morphea type	0,3
M80933	basocellulært karcinom af fibroepitelial type	0,2
M80953	basoskvamøst karcinom (metatypisk karcinom)	0,1
M80973	basocellulært karcinom af nodulær type	24,7
M80977	basocellulært karcinom af nodulær type, recidiv	0,2
M809A3	basocellulært karcinom af mikronodulær type	0,7
M809B3	basocellulært karcinom af infiltrerende type	5,1
M809B7	basocellulært karcinom af infiltrerende type, recidiv	0,0

Tabel 44: Topografikoder til beregning af dækningsgrad

Snomedkode	Kodetekst	Pct. 2024/25
T01000	Hud	10,5
T015*	Hud ved øjne	0,3
T021*	Hud på hoved	43,0
T022*	Hud på øre og øregang	3,8
T023*	Hud på hals	3,6
T024*	Hud på truncus	25,2
T025*	Hud på perineum	0,1
T026*	Hud på arm	6,0
T028*	Hud på ben	7,5

10.4 Beregningsregler for indikatorer og supplerende indikatorer i dermatologisk speciallægepraksis

Man kan i dokumentationen af hudkræftdatabasen på SundK's hjemmeside, se definitioner af databasens indikatorer og supplerende indikatorer herunder beregningsregler, der anvendes til at udregne hver enkelt indikatorer og supplerende indikator. Linket til dokumentationen ses her: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/hudkræftdatabasen/dokumentation/>

11 Høringskommentarer

Dansk Dermatologisk Selskab (DDS)

-

Danske Dermatologers Organisation (DDO)

-

Danske Plastikkirurgers Organisation, (DPO)

-

Enheden for kvalitet i speciallægepraksis (eKVIS)

-

Region Hovedstaden

-

Region Sjælland

-

Region Syddanmark

-

Region Midtjylland

-

Region Nordjylland

-

